

الدِّرَاسَةُ النَّصُورِيَّةُ لِلْقَلْبِ

دكتور

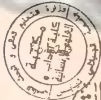
أحمد محمد عبد الحلق

أستاذ علم النفس

جامعة الإسكندرية والكويت

دار المعرفة الجامعية





الدَّاءُ السَّيِّئُ النَّظِيرُ لِلْقَابِلِ

دكتور

أحمد محمد عبد الخالق

أستاذ علم النفس

جامعة الإسكندرية والكويت

٢٠٠٠

دار المعرفة الجامعية

٢٠ شارع سراج، الإسكندرية ٨١٢١١٦٢

٣٨٧ شارع السويدي، الكويت ٥١٢٣١٤٦

تقديم الطبعة الثانية

صدرت الطبعة الأولى من هذا الكتيب عام ١٩٩٤ في حوليات كلية الآداب التي تصدر عن مجلس النشر العلمي بجامعة الكويت. وهامى ذى الطبعة الثانية تصدر بعد مرور ستة أعوام تقريباً على الطبعة الأولى، وعلى الرغم من أن هذه فترة وجيزة فإن الطبعتين صدرتا في قرنين مختلفين! وكان الأحرى - والحال كذلك - أن تعدل الطبعة الأولى بشكل جذري، ولكن حال دون ذلك ضيق الوقت، وكما يقال: «إن الصناعة طويلة والعمر قصير». على أن التعديل الوحيد الذي أدخل على هذه الطبعة هو إدراج نص مقياس جامعة الكويت للقلق في صيغته العربية النهائية، ويبان أهم معاله السيكومترية، والدعوة موجهة لأي باحث متخصص لاستخدام هذا المقياس دون حاجة إلى الحصول على إذن كتابي من مؤلفه كما تجرى العادة في مثل هذه الحالات.

وتجدر الإشارة إلى أن جميع المطبوعات العلمية لجامعة الكويت ومجلاتها الدورية محكمة، وهو ما ينطبق على هذا الكتيب بطبيعة الحال. كما يتعين أن ننوه أيضاً إلى أن هذه الطبعة مصرح بنشرها من لدن صاحب الحق في الطبعة الأولى (حوليات كلية الآداب بجامعة الكويت)، والشكر الجزيل لرئيس تحريرها على موافقة الكتابة على ذلك.

وأرجو من الله تعالى أن يكون هذا العمل مما ينتفع به، وأن يكون خالصاً لوجهه الكريم: «قل إن صلاتي ونسكي ومحياي ومماتي لله رب العالمين»، هذا وبالله التوفيق.

محتوى البحث

٩	ملخص
١١	مقدمة
١٣	الفصل الأول : القلق بوصفه اضطراباً نفسياً
١٣	١ - أهمية دراسة القلق في عصر القلق
١٤	٢ - تعريف القلق
١٥	٣ - القلق السوى والقلق المرضي
١٦	٤ - تصنيف القلق المرضي وفئاته
١٩	٥ - حالة القلق وسمة القلق
٢٠	٦ - الخوف والقلق
٢٢	٧ - القلق من وجهة نظرية
٢٠	٨ - العلاقة بين القلق والأداء
٢٨	٩ - بعض المتغيرات المرتبطة بالقلق
٣٠	١٠ - معدلات انتشار القلق
٣٣	الفصل الثاني : تشخيص القلق وعلاجه
٣٣	١ - الأساس الفيزيولوجي للقلق العصبي
٣٦	٢ - المظاهر الإكلينيكية للقلق العصبي
٤٠	٣ - قياس القلق
٤٤	٤ - التحديد العامل للقلق بالاختبارات الموضوعية
٤٦	٥ - التشخيص السيكياتري الفارق للقلق
٤٨	٦ - العلاج السلوكي للقلق
٥٧	الفصل الثالث : تطور القلق
٥٧	١ - مفهوم النمو والتطور

٥٨	٢ - وجهتا الثبات والتغير
٥٩	٣ - التنبؤ بتطور الشخصية
٦٠	٤ - المقصود بتطور الفلق
٦٢	٥ - مطالب التطور والفلق
٦٤	٦ - منحى الفلق السوى عبر العمر ..
٦٦	٧ - الفلق المرضى والعمر
٦٩	الفصل الرابع : دراسات عربية في تطور الفلق
٦٩	١ - أهداف الدراسة وأهميتها
٧١	٢ - الفرض الأساسي
٧١	٣ - تطور الفلق لدى الأطلاق
٨٦	٤ - تطور الفلق من المراهقة إلى الشيخوخة
٩٧	٥ - استنتاجات عامة ...
١٠٣	خاتمة
١٠٧	الهوامش والمصادر

ملخص

تهدف هذه الدراسة إلى بحث تطور القلق أى تغيره من مرحلة عمرية لى أخرى من الطفولة حتى الشيخوخة. وفى توطئة لهذه الدراسة يعرض الفصل الأول للقلق بوصفه اضطراباً نفسياً، مع التأكيد على جوانب التعريف والتصنيف، والفرقة بين كل من القلق السوى والقلق المرضى، وبين حالة القلق وسمة القلق، وبين الخوف والقلق المرضى. هذا فضلاً عن بيان بعض المتغيرات المرتبطة بالقلق، مع إيراد معدلات انتشاره. ثم يقدم الفصل الثانى لمسائل التشخيص والعلاج، وبعد بيان الأساس الفيزيولوجى للقلق العصائى، تحدد المظاهر الاكلينيكية له، وكيفية قياسه (مع تقديم مقياس مبدئى له) والتحديد العامل له، والتشخيص الطبغسى (البيكاترى) الفارق، ويختتم الفصل بتقديم موجز لطريقة فنية من أهم طرق علاج القلق وأكبرها فاعلية، ونقصد العلاج السلوكى.

أما عرض الدراسات السابقة التى تتناول تطور القلق، فهو موضوع الفصل الثالث، والذى يبدأ بالفرقة بين النمو والتطور، مع عرض لوجهتى الثبات والتغير فى بحوث الشخصية بوجه عام، وتحديد المقصود من تطور القلق، وبيان علاقة القلق بمطالب النمو، ثم تقديم لمنحنى القلق السوى تبعاً للعمر، وتطور القلق المرضى خلال العمر. وبعد هذا الفصل تمهيداً للفصل الرابع والأخير، والذى يعرض لدراسات عربية واقعية (إمبيريقية) فى تطور القلق خلال الطفولة (دراسة مستقلة)، وعبر المراهقة وأوائل الرشد وأواسط العمر والشيخوخة (دراسة ثانية مستقلة). واشتملت عينات الدراستين على فئات عمرية متنوعة بلغ مجموع أفرادها ٢,٣٣٧ مفحوصاً.

وقد أسفرت هذه الدراسات العربية الواقعية عن عدد من النتائج أهمها أن متوسط القلق يرتفع قرب سن البلوغ، وأن القلق يرتفع في مرحلة المراهقة وبدايات الرشد، على حين ينخفض في مرحلتى أواخر المراهقة والشبوة. ومن أبرز النتائج أنه ليس حتماً أن يرتفع القلق في مرحلة الشبوة، لأن الفرد في هذه المرحلة المتقدمة من العمر غالباً ما ينخفض تطلعاته وسميه، مع تحمل أفضل للإحباط. ولكن تجدر الإشارة إلى دراسة أخرى أسفرت عن ارتفاع الاكتئاب (وليس القلق) في هذه المرحلة. وأما وليس آخرها فقد كشفت هذه السلسلة من الدراسات عن فروق جوهرية الجنسين في القلق (للإناث متوسط أعلى) في كل الحالات إلا قليلاً.

مقدمة

القلق - من احدى الزوايا - انفعال انساني ذو حدة وشدة، ويرغم ما هنالك من زخم في الدراسات ووفرة فيها فلم تختلف البحوث بشأن انفعال كما اختلفت بشأنه، فقد تعددت الآراء بصده، وتباينت وجهات النظر اليه، فمن قائل : إن القلق انفعال من قبيل الوبال، اذ ينتر بسوء المتقلب والمأل، فهو أس المرض انفسى وجوهره، يصاحب - فضلا عن ذلك - كل الأمراض الجسمية والأسقام والعلل. فخير الإنسان أن يتأى القلق عنه، ولا يُبتل به، ولا يبرزأ بحمله.

ومن الناس والباحثين من يرى القلق - من وجهة ثانية - الدافع وراء كل إتجاز ضخم، والباعث خلف كل أداء عظيم، فهو محرك طاقات الإنسان الراقية، وكوامن نفسه الخلاقة، وسامى فكره، وراعى إيداعاته. ومن ثم فإن القلق - من وجهة نظرهم - مرغوب مطلوب. ويدللون -س قولهم هذا بعيد من الأمثلة لعباقرة عانوا القلق، وتألوا لما أصابهم من مشقة وضيق. ويرغم ما واجهوه من ظلم وهضم فلم يقدوا الأمل والرجاء. انظر الى قول الطُّفْراني:

أعلل النفس بالآمال أرقبها ما أضيّق العيش لولا فسحة الأمل

ولا غربة في أن يدلل كل فريق على رأيه، ويقدم حججا تدعمه، وأسانيد تثبه. ولكن الاختلاف بين وجهتى النظر هاتين الى القلق راجع - في المقام الأول - إلى الاختلاف على تعريف القلق، إذ تشير نتائج البحوث إلى وجوب التفرقة بين القلق السوى العادى، والقلق العصائى المرضى (وهذا ما

حاولنا أن نبرزه في الفقرة الرابعة من الفصل الأول). وليس هنا فحسب بل إن بين القلق السوى والقلق المرضى درجات متعددة وظلالاً متدرجاً واعتماداً على ذلك فليس من الصواب أن نطلق القول على عواهنه ونور التعميم على إطلاقه : يؤدي القلق السوى إلى الإنجاز وربما الإبداع، ع حين يقود القلق المرضى إلى مختلف العلل والأسقام. فالحق أن هناك دواء مثل معينة تلائم الإبداع وتوائم الابتكار والإنتاج. وليس هنا فحسب، ه الأصوب أن نقول : إن هناك مستوى أمثل ننتلق يناسب كل نوع خاص م العمل على حدة، وهذا ما تفصله في الفقرة الثامنة من الفصل الأول، والذي يعرض للقلق بوصفه اضطراباً نفسياً في الدرجة الأولى، ثم نردفه بالفصل الثاني الذي يوطئه لتشخيص القلق مع بيان موجز لإحدى طرق علاجه.

ويقدم الفصل الثالث الدراسات السابقة عن تطور القلق، ونقصه بذلك تغير مستواه واختلاف معمله من مرحلة عمرية إلى أخرى. ويعرض الفصل الأخير دراسات عربية واقعية Empirical لتطور القلق لدى الأطفال والمراهقين والراشدين والمسنين. والحق أن الدراسات العالمية والعربية قليلة فيما يختص بتطور القلق (أي بتغيره تبعاً للعمر). ومن هنا فإن الأمل محدود، أن يفتح هذا البحث المجال أمام الدارسين والباحثين العرب لمواصلة درسه، وإكمال جوانب نقصه، والامتداد به وتطويره.

وأرجو أن يكون هذا العمل خالصاً لوجه الله، وعمل الله قصد السبيل، والحمد لله الذي هدانا لهذا وما كنا لنهتدى لولا أن هدانا الله.

الفصل الأول

القلق بوصفه اضطراباً نفسياً

تمهيد

لاشك أن لدراسة القلق أهمية قصوى في عصرنا الذي تعددت أسماؤه ومنها أنه «عصر القلق». وحتى تحقق هذه الدراسة أهدافها المرجوة فلا بد من البدء في معالجة مسائل التعريف والتحديد الفارق والتصنيف، ولاغرو فالتعريف نقطة بدء أساسية، ولاريب في أن التصنيف أساس العلم. وهذا ما يعرض له هذا الفصل فيما يختص بالقلق، فضلاً عن بيان بعض علاقات القلق بغيره من المتغيرات، ومعدلات انتشاره في المجتمع. ونبدأ بعرض لأهمية دراسة القلق.

١ - أهمية دراسة القلق في عصر القلق

من بين الصفات التي أطلقت على هذا العصر (منذ الخمسينيات من هذا القرن) أنه عصر القلق Age of Anxiety. وكان لهذه التسمية أسباب عديدة ودوافع شتى^(١). ويقع اضطراب القلق Anxiety disorder من وجهة نظر علم النفس المرضى في القلب من الاضطراب النفسي (العصاب)، فالقلق محور العصاب Neurosis، والعرض الجوهري المشترك في الاضطرابات النفسية بل في أمراض عضوية شتى، وهو أكثر فئات العصاب شيوعاً، إذ يكوّن من ٣٠ - ٤٠٪ من الاضطرابات العصابية تبعاً للتصنيفات المبكرة^(٢). ويجمع الباحثون

عل أن القلق هو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية. وأصبح الآن حجر الزاوية في كل من الطب النفسي Psychosomatic والنفسية Psychiatric والتطبيقات كذلك^(٣).

وللقلق دور خاص في عمليات توافق الكائن العضوى لبيته. وله م مهمة في نظريات الشخصية وبحوثها، والشخصية هي الأساس المتين للنفس الإكلينيكي وعلم الصحة النفسية. ويذكر «جوردون» أن القلق مشكلة من أكثر المشكلات النظرية صعوبة في علم النفس^(٤)، ومن ثم تبينت وجهات النظر بشأنه تباينا واسعا. ومن المناسب الآن أن نعرف القلق.

٢ - تعريف القلق

ورد في المعجم الوسيط^(٥): قَلِقَ - قَلَقًا : لم يستقر في مكان واحد وقَلِقَ لم يستقر على حال، وقَلِقَ اضطرب وانزعج فهو قَلِيق. وأقلق الهُمُّ فأزعجه. وقد أقر المجمع استخدام القلق بوصفه حالة انفعالية تتميز بالحو مما قد يحدث. والقلق : الشديد القلق. يقال : رجل يقلق وامرأة يقلق

ونُعَرِّف القلق بأنه شعور عام بالخشية أو أن هناك مصيبة وشي الوقوع أو تهديدا غير معلوم المصدر، مع شعور بالتوتر والشد، وخو لاسوغ له من الناحية الموضوعية، وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمست والمجهول. كما يتضمن القلق استجابة مفرطة مبالغ فيها لمواقف لا خطرا حقيقيا، وقد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية، لكن الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالبا كما لو كانت تمثل خطراً ملحا مواقف تصعب مواجهتها.

ويستجيب الجسم للقلق استجابات عدة أهمها زيادة تبه الجهاز العصبي اللاإرادي أو المستقل (ANS) وبخاصة الفر

السمبأوى، فینهض الجسم لمواجهه التهديد غير المحدد وغير المعلوم، فیهرك طاقاته، وتصبح العضلات متوتره، ویسرع التنفس، ویدق القلب بسرعه أكبر . . . وغير ذلك من ردود الأفعال^(٧).

وبعد تعريف القلق نتقل إلى التميز بین نوعي القلق: السوي والمرضي.

٣ - القلق السوي والقلق للمرضی

لا بد أن نفرق بین القلق السوي والقلق المرضی أو العصائى، أو ما یسمیه الأطباء التشبیون «بالقلق الفیزیولوجی والقلق الباثولوجی»^(٧). غیر أن اهتمامنا ینجھ إلى ذلك النوع من القلق الذى یؤدى إلى مواقف عصیة نجعل منه قلقاً مرضیاً، ففرق کبیر بین أن تقلق الأم لمرض عضال أصاب وحیدها، وأن تقلق هذه الأم نفسها قلقاً شديداً لتأخر صديقتها عن موعد ضرته لها.

كما یمیز بین نوعی التلق كذلك متغیرات شدة Intensity الأعراض الدالة علیه ودوامها Duration. وقد یكون القلق السوي موضوعياً خارجياً أو ذاتياً داخلياً^(٨)، ویمزى فی هذه الحالة إلى موقف معین أو یحدث فی زمن خاص أو كرد فعل سوى لمواقف تسبب - حقیقه لدى معظم البشر - القلق، ومثالها ما یُخَبَّرُه الطالب قبل الامتحان أو ما یشعر به الأب لدى مرض ابنه، ولذلك یسمى القلق السوي فی مثل هذه الحالات بالقلق الموضوعی أو القلق الخفي.

أما القلق العصائى فهو خوف مزمن دون مبرر موضوعی، مع توافر أعراض نفسیه وجسمیه شتى دائمة لى حد کبیر، ولذلك فهو قلق مرضی Morbid یسمى أحياناً بالقلق الهائم الطليق Free floating anxiety. ویستخدم «وولبی»^(٩) بديلاً عن المصطلح الأخير - الذى یرى أنه خاطئ - مصطلح

القلق الشامل Pervasive، ويرى أنه الأفضل.. ويذكر «ليف» أن الرابطة الأمريكية للطب النفسى استخدمت مصطلح : «استجابة القلق»، إذ حل هذا المصطلح محل «حالة القلق»، والآخر بدوره قد حل محل محل المصطلح النفسى الأقدم : «عصاب القلق»، ولكن لا يزال المصطلح الأخير يستخدم في بعض مراجع الطب النفسى الأوروبية على حين يستعمل مصطلح «استجابة القلق» في بعضها الآخر^(١١). ويستخدم بدلا من كل ذلك الآن مصطلح «اضطراب القلق» في الدليل التشخيصي الثالث المعدل^(١٢).

٧ والقلق العصائى هو المرض المشترك والظاهرة الأساسية والمشكلة المركزية في كل الاضطرابات العصائية، ولكننا نهتم بمجموعة الأعراض هذه عندما تكون ائزلة Syndrome الأساسية أى استجابة القلق أو اضطراب القلق. ومعنى القلق العصائى - بمصطلحات نظرية التعلم - حافزا Drive أو استعدادا سلوكيا يهيء الفرد لإدراك عدد كبير من الظروف أو المواقف غير الخطرة موضوعيا على أنها تهديد، ويستجيب لها برد فعل غير متكافئ في الشدة مع الحجم الموضوعي للخطر^(١٣).

ويرى المؤلف أن النظر لى القلق على ضوء البحوث التجريبية في علم النفس ونظرية التعلم أقرب لى علم السلوك، تلك النظرة التى لم تخضع قلق المخصوص والمريض فقط للتجريب، بل كذلك المجرى فى علم النفس والطب البشرى، فمن بين نتائج بعض التجارب " الطريفة " التى ينبغي أن نستخلص الدروس اللازمة منها بوصفنا مجربين أن قلق المجرى يسبب قلعا لدى المخصوص، وأن التأثير على المخصوصين بهدف الحصول على بيانات تزيد فرض الباحث، يوجد لدى المجرين ذوي الدرجة المرتفعة من القلق^(١٤).

٤ - تصنيف القلق المرضي وفئاته

أصبحت معظم الحالات التى سميت سابقا بـ " العصاب "

Neurosis تندرج الآن تحت عنوان " اضطرابات القلق " . ولكن عددا قليلا منها ضمت ثلاثة تصنيف مستقلة هي : الاضطرابات التكيفية Dissociative ، وتلك التي تتخذ صورة جسمية Somatoform ، والاضطرابات النفسية الجنبية Psychosexual . أما الحالة التي أسميت فيما مضى بالاكتئاب العصبي Neurotic depression فقد صفت في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث DSM III الصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين على أنها إحدى الاضطرابات الوجدانية ، وهي تصنيف مستقل .

ومن نافذة القول أن نذكر أن القلق هو الخاصية المركزية في مجموعة اضطرابات القلق ، فإما أن القلق هو الاضطراب السائد الغالب ، أو أن الفرد يمر به ويمر به إذا حاول أن يتحكم في أعراض خاصة معينة أو يقاومها (كموضوع مسبب للخوف الشاذ أو طقوس قهرية) .

والخواص الرئيسة للقلق كما يصفه الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات العقلية⁽¹⁴⁾ كما يلي :

- ١ - التوتر الحركي كما يدل عليه أن يصبح الفرد قلقًا وثابًا متحفزا ، متنبها فجأة مرتجفا مرتعدا ، غير قادر على الاسترخاء .
- ٢ - النشاط الزائد للجهاز العصبي اللاإرادي أو المستقل ANS كما يظهر ذلك في الدوار أو الدوخة ، والقلب المتسارع كما لو كان في سابق ، وزيادة إفراز العرق .
- ٣ - توقع الشر وارتقاب ما يخيف ، ويتضح ذلك في الاجترار القلق للأفكار .
- ٤ - التيقظ والتفرس أو انعدام النظر كما يبدو ذلك في فرط الانتباه وزيادته .

وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني DSM II كان القلق إشارة إلى العصاب وأبرز فئاته ، وكانت كل الاضطرابات التي يتم فيها الشعور بالقلق

والتعبير عنه بشكل مباشر، أو التي يتم التحكم فيها بشكل لا شعوري عن طريق التحويل أو الإبدال وغيرها من حيل الدفاع تصنف على أنها أعصاب. أما في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث فقد ضُمت في اضطرابات القلق، الاضطرابات التي يتعرض فيها الفرد لخبرة القلق بشكل مباشر فقط.

الفئات الفرعية لاضطرابات القلق

لاضطرابات القلق - تبعاً للدليل الثالث^(١٥) - ست فئات فرعية كما يلي :-

١ - المخاوف الشاذة Phobias وتشتمل على ثلاثة أنواع هي :

أ - الخوف من الأماكن الواسعة المفتوحة Agoraphobia .

ب - المخاوف الاجتماعية .

ج - المخاوف البسيطة .

٢ - الوسواس القهري Obsession - Compulsion والعنصر الأساسي فيه الوسواس أو القهر المعاود، أحدهما أو كلاهما .

٣ - الهلع Panic ويتم بنوبات معاودة من الذعر والهلع، تصنف ببداية فجائية لخوف عنيف وخشية أو رعب .

٤ - القلق العام : والعنصر الأساسي فيه القلق المداوم أو المستمر لمدة لا تقل عن شهر دون أعراض نوعية، كما هو الحال في اضطرابات المخاوف الشاذة أو الوسواس القهري .

٥ - الانعصاب التالى للصدمة Post - traumatic stress disorder (PTSD) والخاصية الأساسية في هذه الفئة هي نشأة أعراض معينة تلى حادثة تعد صدمة من الناحية النفسية، وتعتبر خارج نطاق المدى السوى للخبرات الانسانية، وأمثلتها الاغتصاب والزلازل أو الاحتجاز رهينة أو الوقوع في الأسر أو الحرب .

٦ - القلق غير النمطي: ويجب أن تستخدم هذه الفئة فقط عندما لا يستطيع الإكليميكي أن يكون محمداً.

ويصرف النظر عن الفئات الفرعية للقلق كما بينا، فمن الأهمية بمكان إقامة تفرقة بين نوعي القلق: الحالة والسمة.

٥ - حالة القلق وسمة القلق

يذكر «سيلبرجر»^(١١) (وهو رائد في دراسات القلق) أن كثيراً من الغموض والخلط المرتبط بمعنى القلق ومفهومه يتج عن عدم التمييز في استخدام هذا المصطلح للإشارة إلى اثنين من المفاهيم البنائية Constructs المرتبطة معا برغم أنها مختلفة تماماً من الناحية المنطقية. فغالبا ما يُستخدم مصطلح القلق - أولا - لوصف حالة انفعالية غير سارة تتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والكدر أو الهم وتنشيط (أو إثارة) الجهاز العصبي اللاإرادي أو المستقل. وتحدث حالة القلق State Anxiety عندما يُدرك الشخص منها معينا أو موقفا على أنه يمكن أن يحدث الأذى أو الخطر أو التهديد بالنسبة له. وتختلف حالة القلق في الشدة وتغير عبر الزمن بوصفها دالة لكمية مواقف المشقة أو الانعصاب التي تقع على الفرد وتضغط بشدة عليه.

ويستخدم مصطلح القلق - ثانيا - ليشير إلى فروق فردية ثابتة نسبيا في الاستعداد Proneness للقلق بوصفه سمة في الشخصية Trait Anxiety، ولا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك، وإن كان يمكن استنتاجها من تكرار ارتفاع حالة القلق لدى الفرد عبر الزمن وشدة هذه الحالة. كما أن الأشخاص ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق كالعصبيين مثلا، قابلون لإدراك العالم على أنه خطر ومهدد أكثر من الأفراد ذوي الدرجات المنخفضة

في سمة القلق. ونتيجة لذلك فإن الأفراد ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق هم أكثر الأفراد الذين تهاجمهم المواقف العصبية، ويميلون إلى أن يخبروا الأراجاع الخاصة بحالة القلق، وهي أرجاع ذات شدة مرتفعة وتكرار كبير عبر الزمن بالمقارنة إلى الأشخاص ذوي الدرجات المنخفضة في سمة القلق^(١٧).

وبعد أن فرقنا بين الحالة والسمة في مجال القلق، نفرق بين القلق والخوف، إذ التداخل بينهما كبير، والآراء متضاربة.

٦ - الخوف والقلق

يرى «جوردون» أنه «ليس من المعروف بعد ما إذا كان القلق يمثل حالة عامة من الدفع المرتفع، أو حالة عامة من الخوف المنتشر، ورغم ذلك تتواتر الدراسات التي تُوجب ضرورة التفرقة بين القلق والخوف»^(١٨). وقد نبعت التفرقة بين القلق والخوف بتأثير من حادثة مؤداها أن المترجمين الأوائل لكتابات «فرويد» أخطأوا ترجمة الكلمة الألمانية Angst التي تعني القلق، على أنها الخوف، وكما أشار «رادو» Rado فإن «فرويد» نفسه كان يجهل الفرق بين الخوف والقلق بوجه عام^(١٩). ويذكر «ليفيت» أنه للاغراض العملية والتجريبية، فلا فرق بين القلق والخوف^(٢٠)، ويرى «أيزنك» وكذلك «وولبي» الرأي ذاته. ويورد «إيستايين»^(٢١) تعريفا للخوف على أنه «دافع إلى التجنب» Avoidance motive، على حين يُعرّف القلق على أنه «تنبه دون وجهة» Undirected arousal إلى إدراك الخطر. ويرى أن القلق يختلف عن الخوف في أن الأول لا يجد له مصرفا في سلوك تجنبني نوعي.

ولكن يجب أن نلاحظ أن القلق يختلف عن الخوف في أمرين هما:

- ١ - أن القلق خوف من خطر محتمل أو مجهول غير مؤكد الوقوع، فهو خوف من المجهول والخفي والغريب وغير المتوقع.

٢ - وأنه خوف معتزل محروس لا يستطيع أن ينطلق في مجراه الطبيعي كالهرب أو الاختفاء أو الهجوم. فهو انفعال مؤلم يشعر به حين لا يستطيع أن يفعل شيئا حيال موقف غيبف يتههدنا بالخطر^(٢٢).

أما الخوف فهو استجابة لخطر واضح وموجود فعلا، وهو كذلك وقتئذ ويؤول بزوال المنبه، والمنبه في هذه الحالة معروف ومُتَوَكِّفٌ شعوريا. ولكن المقصود بالشابه بين القلق والخوف هنا يكون بجامع التغيرات الفيزيولوجية والأعراض الاكلينيكية في كل منهما، ولو أن هذا التشابه غير تام كما سنرى. ويورد «ليف»^(٢٣) مقارنة بين الخوف والقلق (انظر جدول ١).

جدول (١)

الملامح السيكلولوجية الفارقة بين القلق والخوف

الخوف	القلق	وجه للمقارنة
معروف	غير معروف	الموضوع
خارجي	داخلي	التهديد
محدد	غامض	التحريف
غائب	موجود	الصراع
حاد	مزمن	الدوام

ويضيف المؤلف نفسه^(٢٤) أن الانفعال الذي تنبيه عربة مسرعة تقترب منك لدى عبورك الطريق، يختلف عن الضيق المبهم الذي يمكن أن نخبره عند مقابلتك أناسا لم ترهم من قبل في جلسة غريبة، ان الفرق السيكلولوجي الأساسي بين هاتين الاستجابتين الانفعاليتين يعتمد على كون إحداها حادة

والأخرى مزمنة. ويذكر «دارون» C. Darwin أن كلمة «خوف» مستمدة مما هو مفاجئ، وخطر.

ومن الجدل أن اختلاف الآراء هذا في علاقة القلق والخوف يرجع إلى اختلاف نظري في المقام الأول. ومن ثم نعرض نبذة موجزة عن نظريات القلق.

٧ - القلق من وجهة نظرية

وضع «سيليجر»^(٢٥) أن النظرية الشاملة عن القلق تتطلب توضيح العلاقة بين ثلاثة مفاهيم مختلفة للقلق هي :

١ - القلق بوصفه حالة انتقالية.

٢ - القلق من حيث هو عملية مركبة تتضمن المواقف العصية والتهديد.

٣ - القلق بوصفه سمة في الشخصية.

ومثل المشاعر الذاتية من التوتر والحشة أكثر الملامح المميزة والفريدة للقلق بوصفه حالة انفعالية. وقد أثبتت مقاييس نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي (المستقل) أيضا أنها مؤشرات مفيدة للتغيرات الفيزيولوجية التي تحدث في حالات القلق.

وقد عرض «وليم فيشر»^(٢٦) نظريات القلق تفصيلا، وأهمها :
النظريات الفرويدية التقليدية والجديدة، ونظريات التعلم، والنظريات الفيزيولوجية، والوجودية.

ويلخص «كيسين ومانفلر»^(٢٧) آراء بعض المنظرين بطريقة موجزة، فيذكر أن ماثير القلق لدى «فرويد» هو انتبه الزائد (تذكر النظرية المبكرة

لفرويد أن القلق يتج عن إعاقة الدفقات الجنسية ولكنه عدلها ووسعها).
ومثير القلق لدى «مورار» Mowrer هو الألم، عل حين أنه استجابة الخوف
الفطرية عند «ميلر» Miller، وصدمة الميلاد عند «رانك» Rank، وهو لدى
«سيلي» H.Selye المواقف العصبية، وبالنسبة للرجوديين فإنها الحقيقة المجردة
لكون الفرد آدميا يعيش. ويدلل المؤلفان عل أن وجهة النظر إلى القلق من
حيث إنه «هروب من الصلعة» هي نظرية غير كاملة، كما أن مفهوم «الألم
بوصفه مصدرا وحيدا للقلق» يعد فكرة لا تصمد للهجوم، فالألم ليس حالة
ضرورية لنشأة القلق ونموه.

وتأتى أقوى الأدلة ضد نظرية «الألم - القلق» أو الخوف الذى يصاحب
الألم أو التهديد بالألم كأساس للقلق - كما يذكر «ماهر» - من حالات
«فقدان الاحساس بالألم لأسباب ولادية» Congenital analgesia، وهو
اضطراب يسبب عدم حسية تامة للألم منذ الميلاد. وهذه الحالة (وهي ذات
أصل وراثي واضح) يمكن أن تؤدي إلى حروق وإصابات، لأن الضحية هنا
لم يتعود تجنب المنبهات التي تعد مؤلمة بالنسبة للشخص السوي.

ولكن «كيسن» و «ماندلر»^(٢٨) أشارا إلى أن الأطفال المصابين بهذا
الاضطراب يطورون - مع ذلك - أنواعا من القلق، ويقولان: إنه من الصعب
أن ندافع عن فكرة أن كل أنواع القلق تحدث نتيجة صدمة مؤلمة. وقد اقترح
المؤلفان مصطلح «الضيق الأساسى» Fundamental distress في إطار نظريتهما
عن أصل القلق، وهي نظرية أشمل من نظرية الألم - القلق، وتدور في إطار
الإشراط.

وقد وضع «روبرت مالو»^(٢٩) نظرية عن القلق بوصفه تنبها زائدا
Overarousal عل أساس من هذا الفرض: إن القلق الاكليبيكي (المرضى)
يعد مرضا خاصا بزيادة التنبه أو الاثارة، فإن التعرض الزائد الذى يستمر

زما طويلا للتنبيه المنشط، يمكن أن يؤدي إلى تغيرات جوهرية في قدرة الشخص على كف التنشيط. ونلاحظ أن الكف يشير إلى عملية فعالة وليس إلى مجرد عدم وجود التنشيط.

إن الارتفاع البسيط في مستوى التنشيط Activation level يتلوه عادة كف مستوى التنشيط، مع عودة إلى حالة السكون. ويفترض 'ماللو' أن التنشيط المستمر والممتد يؤدي إلى استخدام زائد للآليات (الميكانيزمات) الكفية حتى تضعف في النهاية. ويفترض أن الكف يحدث بواسطة مادة كيميائية ناقلة تفقد فعاليتها في القلق المستمر. ويجب أن نتوقع - من هذا النموذج - أن مقاييس التنشيط لن تميز بين المفحوصين القلقين وغير القلقين عندما تكون كلتا المجموعتين في حالة الراحة والسكون، ولكن حدوث منبهات منشطة يجب أن تحدث فروقا بينهما.

ولاحظ 'ماللو' كذلك أن المفحوصين الذين يعانون من القلق المرضى يستجيبون بطريقة 'قلقة' لأي منبه منشط، سواء أتشابه أم لم يتشابه مع تلك المنبهات التي سببت القلق لديه في المقام الأول^(٣٠). ويؤكد 'كاميرون' النقطة الأخيرة في نظرية 'ماللو'.

وثمة ملاحظة شائعة مرتبطة بفروض 'ماللو' السابقة، مؤداها أن أي تغير جوهري في العملية الكفية بعد تنبه دائم، يسمح بحدوث التنشيط في مستويات من التنبيه أقل بكثير مما ينشط مفحوصا سويا، ومن هنا فإن القلق الاكلينيكي أو المرضي (الباثولوجي) يمكن أن يتميز بعتبة^(٣١) تنشيط منخفضة، وعودة بطيئة جدا إلى حالة السكون.

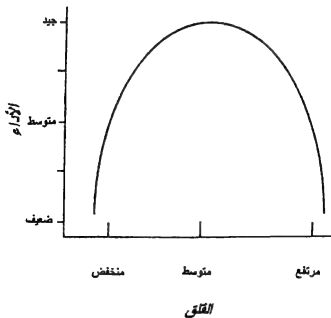
وبعد أن عرضنا بشكل موجز جدا لبعض نظريات القلق، نعرض للعلاقة بين القلق والأداء والتفاعل بينهما. وقد يعد هذا تناول هنا - من ناحية ثانية - انمكاسا لموقف نظري إلى القلق وتعريفه.

٨ - العلاقة بين القلق والأداء

يشير «كانتل»^(٣٣) إلى الاختلاف بين أصحاب نظرية التعلم الذين يعدون القلق المصدر الأساسي للدافعية البشرية، والاكليبيكيين الذين يعدون القلق - على النقيض من ذلك - هو ما يفكك تلك الدافعية. ويقول «برانش»^(٣٤): ان الدرجات المعتدلة من القلق يمكن أن تعد قوة بنائية تفيد في زيادة البقظة والجهود. ولكن «بورنج» وزملاءه^(٣٥) يوضحون أثر القلق على الوظائف العقلية في أن «القلق يخفف من حدة الاستجابة واكتمالها أو يجعل الفرد يواجه انتباهه إلى جزء فقط مما حوله، أو كما لو كان قد نعب أو أصبحت طاقته غير كافية لمتطلبات الموقف».

ولكن يبدو أن التناقض الظاهري بين هذه النتائج راجع إلى عدم التفرقة بين القلق السوى والعصابى. ويوضح هذه التفرقة «جرنكر»^(٣٥) نتيجة لملاحظات تمت في الحرب العالمية الثانية فيقول: «إن القلق ينتج نشاطا فعالا ويهبط أداء جيدا إذا كان معتدلا. ولكن الدرجة المرتفعة من القلق تتسبب اضطرابا في الأداء». وقد يوضح ذلك ما ظهر من علاقة منحنية Curvilinear بين القدرات الإبداعية والساعات المزاجية للشخصية^(٣٦). ومن ناحية أعم يمكن فهم علاقة القلق بالأداء على ضوء قانون «بيركز دودسون» (انظر شكل ١). فالدرجة المنخفضة والدرجة المرتفعة من القلق ترتبطان بالأداء السيئ. والقلق المثالي هنا هو القلق المتوسط^(٣٧).

كفاءة الأداء



شكل (1) : العلاقة المنحنية بين القلق والأداء

ونين أن القلق - عندما يقاس عند طلبة الجامعة في مواجهة امتحان مهم - يصل إلى أعلى درجة له قبل الامتحان، ولكن مستوى القلق ينخفض في وقت الامتحان نفسه، على حين يبرز عامل الاجتهاد (٣٨). وقد افترض «ساراسون، ماندلر» علاقة منحنية بين القلق والتحصيل المدرسي. ولكن حدوث الإشرط بسرعة أكبر في حالات القلق لا يتعارض مع فكرة الأثر العكسي للقلق على التحصيل، لأن التعلم المدرسي ليس ببساطة مجرد إشرط. ولا بد أن ننظر إلى القلق على أنه ذو تأثير تفكيكي على العمليات المعرفية أكثر من كونه إسهاما وتسهيلا للتعلم^(٣٩).

وربما يصدق في ظروف معينة وغير عامة، أن ننظر إلى القلق في علاقته بالأداء في إطار «بعد التنشيط» الذي وضعه «مالو» على أنه علاقة على شكل ارتباط منحنى أو حرف U مقلوب، بمعنى أن القلق حتى حد معين يمكن أن يعد دافعا للأداء الجيد، وبعد هذا «الحد المعين» يُعد القلق مشتتاً للأداء. ولكن ما يسمى «بالقلق كدافع» لابد أن يوجد في مستوى غير مُرضى، أي أنه قلق سوى وليس قلقاً عصبياً، ويمكن أن يصدق ذلك في حالات معينة، برغم أن أثر القلق على الأداء العقلي والتحصيل المدرسي أعقد من فرض الارتباط المنحني هذا.

ويذكر «سيلبرجر»^(٤٠) أن الارتباط بين مقاييس القلق والذكاء مساوٍ للصفر كما حسب على عينة ضخمة من الذكور والإناث، إلا أن عزل عينة الذكور وإجراء تحليل منفصل ومفصل لنتائجها، كشف عن ارتباط سالب منخفض بين هذين المتغيرين. ويمكن ملاحظة النتيجة ذاتها في عينات غير متجانسة تقل عن المتوسط في القدرة العقلية. وقد تغيرت النتائج بإدخال متغيرات تحريرية أو خصائص معينة للعينات في خمس تجارب أجراها هذا المؤلف، مما يشير إلى أن العلاقة بين القلق والأداء علاقة مركبة وغير بسيطة.

وامتدادا لبحث العلاقة بين القلق والأداء. نعرض لبعض التغيرات المرتبطة بالقلق وهي: الحضارة، الطبقة الاجتماعية، جسي الفصوص.

٩ - بعض التغيرات المرتبطة بالقلق

أ - الفرق الحضارية في مستوى القلق

أطلق «أودن» W.H.Auden على العصر الذي نعيش فيه الآن : «عصر القلق» The Age of Anxiety. ومن العبر في الحقيقة أن نؤكد مما إذا كان ثمة قلق زائد الآن أكثر من عصور سالفه. لقد كانت الأخطار الحقيقية والمواقف المعصية فعلا كثيرة في العصور الماضية، ومنها المجاعات والأمراض والأوبئة والحروب والرق والكوارث الطبيعية، وكانت في كل مكان ولا تزال في عديد من الأماكن حتى اليوم. ولكن أوجد تعقد المدنية وسرعة التغير والابتعاد عن المعتقدات الدينية والروابط العائلية والقيم السامية، صراعات وأنواعا من القلق كانت أقل تواترا في المجتمعات الماضية ذات التنظيم الهرمي الصارم^(١١).

وقد أجريت دراسات حضارية مقارنة بين دول متعددة متقدمة ومتخلفة، ف لوحظ ارتفاع القلق في الدول ذات المستوى الاقتصادي المنخفض، وتبين هذه النتائج سوء الفهم الذي حدث بالنسبة لما يتصور أنه مصاحبات للحضارة، نتيجة الخلط بين عامل القلق وعامل المشقة أو الانعصاب Stress. فإن الحياة الحديثة - كما في أمريكا مثلا - يمكن أن تثير عامل الانعصاب، ولكنها لا تنتج بالضرورة ما يشاع أنه «عصر القلق» (ومن سوء الحظ أنه ليس لدينا قياس لمستوى القلق في العصور الوسطى)^(١٢).

ولوحظ أن مستوى القلق يختلف من بلد إلى آخر، فضل درجته في

أمريكا ثم ترتفع درجته على الترتيب في كل من إنجلترا، اليابان، إيطاليا، فرنسا، الهند^(١٧). كما يرتفع القلق في مصر بالنسبة إلى كل من السعودية والكويت، وذلك كما دلت بحوث عربية عديدة^(١٨).

ب - القلق والطبقة الاجتماعية

هناك فروق في درجة القلق تبعاً للمستوى الاجتماعي والاقتصادي للمهنة، فيزداد القلق بدرجة طفيفة مع انخفاض هذا المستوى^(١٩). ولكن ظهر من دراسة أخرى اتفاق بين الباحثين على أن نسبة حدوث Incidence العصاب (والقلق أهم مكوناته) بين الأشخاص في الطبقات العليا أعلى منها لدى الطبقات الدنيا، وأن العلاقة العكسية صادقة في ذهان. وفي دراسة أحدثت على مجتمعات أخرى اتضح أن انتشار Prevalence الأعراض العصابية والنفسية والفيزيولوجية أكثر بين الطبقات الأدنى بالنسبة للأعلى. وحيث إن أرجاع القلق تُكوّن نسبة مئوية مرتفعة من العصاب، وأن معظم الأعراض النفسية الفيزيولوجية تعد تعبيرات لأرجاع قلق، فإن جزءاً كبيراً من المجتمع - ربما يصل إلى الربع - لديهم أرجاع قلق شديد حتى إنه يحتاج إلى مساعدة مهنية^(٢٠).

ج - الفروق بين الجنسين في القلق

يذكر «ماير جروس» وزملاؤه^(٢١) أنه لا فروق جنسية في مستوى القلق، ولكن يحتمل أن الإناث أعلى في مستوى القلق من الذكور. ومع ذلك فيبدو أن هذا التعميم غير صادق (انظر المنحنى في شكل ٢). كما يذكر «ليف»^(٢٢) عكس ذلك إذ يقول: إن انتشار الاضطرابات السيكيائية ومن بينها أرجاع القلق تختلف تبعاً للجنس، فإناث أكثر عرضة واستعداداً لأرجاع القلق من الرجال، ولكن مستوى ما يُحدثه القلق من تعجيز لديهن

بعد أعلى قليلا بالنسبة للرجال. فيز تنوع تختل ارتباطا بالطمث Menstruation والحمل ومن اليأس Menopause شتمة تسمى بفرجة كبيرة، بالإضافة إلى أن المجتمع الحديث قد ولّد صراع الأتوار -نسبة للفرقة.

والخفريات التي ترتبط بالقلق وتتفاعل معه كثيرة، ونقد عرضنا نموذجا لبعضها فقط. ونستغل فيما يلي إلى يياك المعدلات التي يتشرب بها القلق لدى الجمهور.

١٠ - معدلات انتشار القلق

أورد «شيهان» أن القلق يصيب نحو ٥٪ من السكان، وذلك اعتمادا على كل من مراجعة المصادر المتاحة واستقصاء بالحاسب الآلي Computer Search تم في مارس ١٩٩٠ وهو يصيب ١٪ منهم تقريبا إلى درجة العجز، وأغلب المصابين به (٨٠٪) من النساء، والغالية منهن في سنوات القدرة على الإنجاب^(١٩). ويتراوح انتشار حالات القلق في المجموعة السوية من السكان بين ٢٪ ، ٤,٧٪ في إنجلترا والولايات المتحدة، على حين وصل المعدل في مسح فرامنجهام Framingham إلى رقم ٢١٪^(٢٠).

وفي مصر قُدر مدى انتشار الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية عن طريق فحص المتقدمين لمركز الصحة النفسية بجامعة عين شمس من طلاب الجامعة وذلك خلال تسعة أشهر، فوصل عدد المتقدمين للعيادة إلى ١٠٥٠ منهم ٨٤٦ طالبا يمثلون ٢,٨٪ من مجموع الطلبة، ٢٠٤ طالبات يمثلن ١٩,٩٪ من مجموع الطالبات، ٣٦٪ منهم كانوا يعانون من حالات قلق^(٢١).

وكثيرا ما يعاني مريض القلق من عدد كبير من الاضطرابات العضوية، ويرتبط ذلك بحاجة الملحة إلى الرعاية الطبية. وتختلف معدلات انتشار

الاضطرابات السيكياترية المنشورة في الممارسة الطبية اختلافا كبيرا، وذلك اعتمادا على المحكات الشخصية المستخدمة. فقد ظهر أن اضطراب القلق يمثل ١٤٪ من المرضى في عيادات أمراض القلب، ٤١٪ من المرضى في عيادات الجراحة، ١٧٪ من المرضى الراشدين في عيادات العناية الأولية Primary cure. وفي بعض الأحيان قد يرجع الفشل في التعرف إلى الاضطرابات النفسية وبالأخص في معظم حالات القلق - في الممارسة الطبية - إلى أسباب عدة، لعل أهمها أن الأمراض العضوية كثيرا ما تكون هي الملامح السائدة في حالات القلق. وما يعقد المسألة أكثر، أن مرضى القلق يدركون أنفسهم عادة على أن لديهم مرضا عضويا طبيا. هذا فضلا عن أن عددا كبيرا من مرضى القلق يبرهنون - عند الفحص الدقيق - على أن لديهم اضطرابا طبيا معينا يفسر الأعراض التي يشكون منها^(٥٢).

ومن ناحية أخرى أجرى * كاستل، بيتر، آرثر، ديلنج * دراسة عن انتشار القلق وبعض الاضطرابات السيكياترية لدى عينة من الأطفال، بلغ قوامها ٣٥٨ طفلا، وتراوح أعمارهم بين ٣ و ١٤ سنة، وقد تم تصنيفهم كما يلي : ٥٪ لديهم اضطرابات سيكياترية، ١٣٪ يعانون من القلق وبعض الأعراض الخاصة، ٢٪ يتلقون العلاج^(٥٣).

وقد توصل «ويلدننج»^(٥٤) إلى نتيجة مشابهة تشير إلى انتشار القلق وإحصائية والانتساب الاجتماعي على عينة أخرى من الأطفال الذكور (ن = ٧٠٢)، والإناث (ن = ٦٧٠). في حين توصل «شيكيت» إلى انتشار كل من القلق والاكتئاب (٧٪)، هذا فضلا عن نسبة أخرى من أفراد العينة كانوا يعانون من مشكلات عامة^(٥٥).

وبعد أن قدمنا بعض جوانب القلق بوصفه اضطرابا نفسيا في الفصل الأول، نعرض في الفصل الثاني لجوانب محددة في تشخيص القلق وعلاجه.

الفصل الثاني

تشخيص القلق وعلاجه

تمهيد:

عرضنا في الفصل الأول للقلق بوصفه اضطراباً نفسياً له ارتباطاته بغيره من المتغيرات، ونظرياته، ومعدلات انتشاره. كما عالجنا بإيجاز بعض مشكلات التعريف والتحديد الفارق والتصنيف. ونواصل في هذا الفصل بحث تشخيص القلق وعلاجه: أساسه الفيزيولوجي، ومظاهره الإكلينيكية، وقياسه، وتشخيصه، وعلاجه بطريقة محددة هي العلاج السلوكي. ونبدأ بتحديد أساسه الفيزيولوجي.

١- الأساس الفيزيولوجي للقلق العصبي

من بين معاني القلق أنه انفعال أو حالة وجدانية، وهو ككل انفعال يوجد في مستويات ثلاثة ترتب تصاعدياً كما يلي:

١ - مستوى عصبي عُدي Neuro - endocrine .

٢ - مستوى حركي حشوي Motor - visceral .

٣ - مستوى الوعي الشعوري Conscious awareness .

إن التغيرات الجسمية المصاحبة لانتفاعلات القلق والخوف والغضب هي استجابات فيزيولوجية تعد الكائن العضوي لعمل طارئ: القتال أو الهرب Fight or Flight . والخوف مثير للهرب، والغضب مثير للحرب، والقلق مناظر

للخوف إلى حد كبير. ولكن الأعراض في الانفعالات الثلاثة غير تامة التشابه، كذلك من الخطأ أن نجمع بين ردود الفعل الفيزيولوجية لكل من الخوف والغضب، فقد أثبت «ألبرت أكس»^(٥٦) في تجربة معملية مضبوطة وجود فرق بين ردود الأفعال بالنسبة للخوف والغضب. ومن ناحية أخرى فقد كان رأى الفيزيولوجى الرائد «الثربرادفورد كانون» W. B. Cannon أن الفرع السباتوى هو المتضمن فقط في الانفعالات، ولكن وجد لاحقا له أن الفرع الباراسمباتوى متضمن كذلك.

أما الأساس الفيزيولوجى للقلق فهو كما يذكر «مايرجروس» وزملاؤه^(٥٧) - الزيادة الشاملة للنشاط العصبى الكلى وبخاصة الجهاز العصبى اللاإرادى أو المستقل بفرعه، فبالنسبة للفرع السباتوى يحدث بوجه عام ارتفاع في تركيز الأدرينالين في الدم، مما يسبب تحريك احتياطى السكر من الكبد، مع ارتفاع ضغط الدم وزيادة ضربات القلب، وجحوظ العينين أحيانا، ويصبح الجلد شاحبا معروقا، مع جفاف في الحلق، وتزداد مرات التنفس ويصبح عميقا، وتفقد العضلات قوتها أو تختلج وترتعش. أما الظواهر الباراسمباتوية المصاحبة فقد تبدو في تكرار الرغبة في تفرغ المثانة (وبخاصة في النوبات الحادة، ولكن ذلك أقل شيوعا في الحالات المزمنة)، مع الإسهال وانتصاب الشعر. ولكن إذا استمرت الحالة الانفعالية فربما تزداد قوة العضلات يصاحبها شعور بالتوتر وعدم الراحة وتكرر حركات التهيج والفجر بشكل نمطى، وتأتأثر الوظائف الهضمية والشهية والنوم غالبا، فيترتب على ذلك تدهور بدنى.

ومن بين التغيرات الجسمية كذلك تحول الدم من المعدة والأمعاء إلى القلب والجهاز العصبى المركزى والعضلات، وتوقف العمليات في القناة الهضمية، والإسراع في عمليات تحول الجلوكوز إلى الدكستروز، وتزداد نسبة السكر في الدم، وينقبض الطحال ويُفرغ مخزونه من كرات الدم الحمراء.

ويرى «هانز سيل» أن مفتاح العملية كلها يمكن أن يكون في منطقة المهاد أو السرير التحتاني Hypothalamus، والمعروف بأنه يوافق بين العضلات والوظائف الحشوية وبخاصة تلك التي لها أهمية في الدفاع ضد مواقف الخطر، وتقوم المنطقة الشمية Rhinencephalon أيضا بدور مهم في التكامل بين النشاط الانفعالي والحشوي. وقد تكون هاتان المنطقتان مسئولتين عن المظاهر البدنية للقلق^(٥٨).

ويعتقد باحثون آخرون أن القلق واجع إلى «حاسة مفرطة» في الجهاز العصبي اللاإرادي أو خلل في وظيفة ذلك الجهاز، مع السيطرة الوظيفية للجهاز اللمبي Lymbic system. أما «روبرت مالو»^(٥٩) فيذكر أن «القلق يصاحبه زيادة شاذة في القابلية للاستشارة في كل من الجهازين اللاإرادي (الأنونومي) والعصبي المركزي»، يقول كذلك: «إن القلق، بوصفه عرضا مشتركا في العصاب، له خصائص الاستجابة كما وضحها «كانون»، فإن المظهر المميز لمرضى القلق هو أنه يستجيب لمواقف الحياة اليومية العادية كما لو كانت طوارئ، أو مواطن خطورة». وبين كذلك^(٦٠) أن الأدلة التجريبية تشير إلى «وجود نقص في الآليات (الميكانيزمات) التي تهدف إلى الاحتفاظ بالتوازن في حالات القلق المرضي».

ويفسر «مالو» ذلك بافتراض أن «خبرة القلق تُنتج عن ضعف وظيفة الكف في الجهاز الشبكي المنشط، وهذا الضعف يسمح بتسهيل تفرغ عديد من النبضات في اللحاء، مما يؤدي إلى مستوى تنب فوق العادي. ومن الممكن أن تنغير الوظيفة الكلية للجهاز الشبكي المنشط إذا ظل مستوى التنب مرتفعا بدرجة ثابتة لفترة طويلة من الزمن»^(٦١).

ويؤكد كل ذلك وجود عامل وراثي في القلق، فيؤكد «مالو» وجود هذا العامل، ويرى «مايرجروس» وزملاؤه وجود الوراثة من حيث هي عامل

قوى^(١٣٢). ويورد «المدر. ونج» دراسات عدة، ويستجبان منها ان «الوراثية لها دور لاشك فيه في حدوث حالات القلق»^(١٣٣). وأسفر عدد من الدراسات عن أن القلق موروث على الأقل بمقدار النصف تقريباً. وننتقل فيما يلي إلى عرض أهم مظاهر القلق.

٢ - المظاهر الإكلينيكية للقلق العصائى

للقلق العصائى مظاهر وأعراض شتى تلتحق الجانبين النفسى والجسمى، نصلهما فيما يلي *

أ - الأعراض النفسية

من هذه الأعراض سرعة الاحتياج كما تبدو في سرعة الانزعاج أو الميل إلى القفز عند سماع الأصوات المفاجئة، أو الحساسية المفرطة للضوضاء، والتفرقة، وضعف القدرة على التركيز وشرود الذهن والهبوط بين آن وآخر.

هنا فضلاً عن التردد الشاذ والتشكك، وصعوبة اتخاذ القرارات، وتزاحم الأفكار المزعجة على المريض، مع فقد الشهية للطعام، وأرق، وأحلام كابوس متواترة. ومن الطبيعى أن يؤدي به هذا القلق الموصول والتوتر الدائم وصعوبة النوم إلى شعور شديد بالتعب والإرهاق . . . إلى غير ذلك من الأعراض التى كانت تُدرج فيما كان يسمى «النوراستينيا»^(١٣٤) ^(١٣٥).

ومن المظاهر النفسية كذلك خوف المريض من كل شيء : من المرض العقل أو المرض العضوى أو الموت. ولدى كثير من المرضى لا يتركز الخوف بوضوح حول موضوع بالذات، ولكنه خوف غامض مجهول المصدر، وينسب الخوف في شعور بالتوتر الداخلى، فيصف المريض نفسه بأنه يشعر بالتوتر، وأنه غير قادر على الاستقرار نتيجة ضغط الأفكار المقلقة، إلى جانب فقد الثقة بالنفس^(١٣٦).

بالإضافة إلى عدم القدرة على الاسترخاء والضعف وصعوبة التركيز، مع احتمال حدوث صعوبات في التذكر والاسترجاع، وفقد الاهتمام، ونقص الاستمتاع بالهوايات المحببة^(٦٧)، مع مشاعر مصاحبة بعدم الأمان وعدم الاستقرار، وشعور بالنقص وتجنب مواقف التنافس، والاكتئاب والخاوف الشاذة، والسلوك العدواني أحيانا.

كما ينسب مريض القلق بالتردد وعدم الحسم، والاستغراق في أحلام اليقظة، والاغراق في التمني الكاذب، مما يمنح به إلى الضعف والوهن والخنوع. وليس ذلك بالأمر السوي أو المقبول.

القلق وروح الدعابة

من بين الأعراض النفسية لمريض القلق أيضا نقص روح الدعابة Sense of Humor وعدم تقدير النكات، على الرغم من أن ذلك جانب مهم في الحياة يسرها ولا يدع الفرد يكابدها.

ب - الأعراض الجسمية

تشابه الأعراض الجسمية للقلق مع متلازمة الأدرينالين Adrenalin syndrome، وبه الخوف المستمر كذلك إفراز الدرقية للثايروكسين Thyroxin. وتتضح المظاهر الجسمية للقلق^(٦٨) في واحد أو آخر من الأجهزة الستة التالية :

١ - الجهاز الحركي

تشيع أعراض الصداع وآلام الرقبة والظهر، مع سهولة حدوث التعب، والضعف والتوتر في أية مجموعة من العضلات الهيكلية، ويمكن أن

تحدث الرعشة والألم عند القيام بحركة. وربما يبرز عدم الاستمرار والرعونة في الإتيان بالحركات الدقيقة، وعدم الثبات، ويمكن أن يظهر الصوت المرتجف المتقطع.

٢ - الجهاز الهضمي

توجد أعراض فقد الشهية، وعسر الهضم والغثيان، والقىء، والشعور بالانتفاخ، وكذلك انتفاخ البطن بالغازات، ومذاق مرير للفم، والإمساك أو الاسهال أو اضطراب المعدة، مع غصة في الحلق وصعوبة في البلع، وجفاف في الحلق، وحدوث آلام قبل الوجبات أو بعدها. وقد يصاب مريض القلق بواحد أو آخر من هذه الأعراض، وحده أو في علاقات متبادلة بعضها مع بعض. ومن المحتمل أن يؤدي خلل الوظائف المعوية إلى قرحة في المعدة.

٣ - الجهاز التنفسي

قد يكون من بين الأعراض في هذا الجهاز قصر التنفس وانقباض الصدر مما يسبب الضيق.

٤ - الجهاز القلبي الوعائي

قد توجد آلام في الصدر تماثل نوبة الذبحة، أو ألم في الصدر يمكن أن يصاحبه الخفقان والإحساس بالاختلاج، أو الإحساس بأن شيئاً يضغط على الصدر، أو الإحساس بسخونة الوجه وحراره، وكذلك ارتفاع ضغط الدم.

٥ - الجهاز التناسلي البولي

مثل تكرار التبول وإلحاحه، وقد يكون ذلك مزعجاً. وأحياناً تتناقص الاهتمامات الجنسية، وقد تحدث عُدَّة لدى الرجال، وعدم انتظام الطمث أو

البرودة عند النساء، مع احتمال حدوث خلل في هذه الوظائف.

٦ - الجهاز العصبي المركزي

نحدث أعراض مثل : الأرق ونقص التركيز، والتهيج، والكوابيس، والنسيان، وفرط الحساسية للعمليات الجسمية العادية (كالنبض ودقات القلب)، وكلها يمكن أن تكون شكاوى خطيرة. بالإضافة الى شحوب وزغللة ودوار شديد وإكتزها وأرتكاريا ونقص في الوزن، مع مبالغة في المتعكس العضل التوتري، وزيادة في إفراز عرق اليدين والقدمين.

والسؤال المهم الآن: هل تجمع كل هذه الأعراض جميعا لدى المريض الواحد ؟

نوعية الأعراض

لا توجد كل هذه الأعراض لدى كل مريض بطبيعة الحال، بل تتركز شكاوى المريض حول جهاز أو عضو معين، لذلك يسمى «بالعصاب الذي يتركز حول عضو معين» Organ neurosis. وقد تؤثر في ذلك عوامل جينية مهددة كأن يولد المريض بجهاز أو عضو ضعيف (فقد وجد أن الصداع نفسى المنشأ أو عسر الهضم يتشر في عائلات معينة)، أو قد يرجع إلى عوامل مكتسبة نتيجة مرض أو إصابة في جهاز معين، وقد يؤثر نوع العمل (إذ يصاب أصحاب الأعمال العقلية بالصداع، على حين يصاب العمال اليدويون بالرهشة)، كما تؤثر العوامل السيكلوجية^(١٩)، ويفسر ذلك على ضوء مبدأ «نوعية الاستجابة» أو «نوعية الأعراض» Symptom Specificity^(٢٠).

وحتى تتضح كيفية قياس مثل هذه الأعراض من ناحية عملية نعرض فيما يلي لأحد طرق قياس القلق التي تستخدم أعراض القلق أساسا لبنودها.

٣ - قياس القلق

يقاس القلق العصبي بطرق عدة منها الاستخبارات Questionnaires والقوائم Inventories وهي مجموعة من العبارات أو الأسئلة التي يشتمل كل منها غالباً على مؤشر أو عرض للقلق، ويجب عنها الشخص نفسه غالباً بوضع دائرة حول أحد البديلين : نعم / لا، أو البدائل الثلاثة : نعم ، أحياناً/ لا، أو البدائل الخمسة : لا / أحياناً / متوسط / كثيراً / كثيراً جداً^(٧١). ويتاح الآن عديد من استخبارات القلق كـ«مقياس تابلور» للقلق الصريح TMS، وقائمة القلق (الحالة والسمة) STAI من وضع «سيليجر» وزملائه، ومقياس «كانتل» للقلق الصادر عن معهد قياس الشخصية والقدرة IPAT^(٧٢). هذا فضلاً عن عدد غير قليل من القوائم أو الاستخبارات التي تقيس أنواعاً خاصة من القلق، كقلق الامتحان والموت والجنس والتواصل وغيرها. وقد جمع أحد الباحثين ما يربو على ١٥٠ مقياساً للقلق من نوع الاستخبارات.

كما يقاس القلق العصبي أيضاً بعدد من الطرق الفيزيولوجية المتصلة ببعض وظائف أعضاء الجسم، فضلاً عن قوائم الصفات ومقاييس التقدير، والتي يتطلب كل منها مسحاً مستقلاً .

وحتى يخرج القارئ بفكرة أوضح عن استخبارات القلق، نورد في جدول (٢) نص مقياس جامعة الكويت للقلق.

مقياس جامعة الكويت للقلق.

وضع كاتب هذه السطور بنود هذا المقياس اعتماداً على المصادر الآتية:

جواب ٢٠ مقياس جامعة الكويت للقلق

تعليمات: عليك عدد من العبارات التي يمكن أن نصف أي شخص ، فقرأ كل عبارة ، وحدد مدى انطباقها عليك بوجه عام ، وذلك بوضع نقطة حول كلمة واحدة فقط مما يلي كل عبارة منها وهي : نادرًا ، أحيانًا ، كثيرًا ، دائمًا .
 ليس هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة ، وإنما هناك عبارات خاطئة. لهدف بسرعة ولا تفكر كثيرا في الجواب لتفريق لكل عبارة ، ولا تترك أي عبارة دون إجابة .

- ١- أعصابي مشدودة نادرًا أحيانًا كثيرًا دائمًا
- ٢- أشعر بالقلق نادرًا أحيانًا كثيرًا دائمًا
- ٣- أعاني من ضيق في التنفس .. نادرًا أحيانًا كثيرًا دائمًا
- ٤- أفكر في أمور مزعجة نادرًا أحيانًا كثيرًا دائمًا
- ٥- قلبي يتق بسرعة. نادرًا أحيانًا كثيرًا دائمًا
- ٦- أصاب بدوخة أو دوخة نادرًا أحيانًا كثيرًا دائمًا
- ٧- أتوقع أن تحدث أشياء سيئة..... نادرًا أحيانًا كثيرًا دائمًا
- ٨- أذا شخص عصبي..... نادرًا أحيانًا كثيرًا دائمًا
- ٩- نقلت قلبي غير منتظمة..... نادرًا أحيانًا كثيرًا دائمًا
- ١٠- أتحرك بخصوبة..... نادرًا أحيانًا كثيرًا دائمًا
- ١١- أخاف أن أفقد السيطرة على نفسي .. نادرًا أحيانًا كثيرًا دائمًا
- ١٢- أذا متوتر..... نادرًا أحيانًا كثيرًا دائمًا
- ١٣- أشعر بالقلق... .. نادرًا أحيانًا كثيرًا دائمًا
- ١٤- أذا غير مرتاح. نادرًا أحيانًا كثيرًا دائمًا
- ١٥- أأستقبل بالقلق... .. نادرًا أحيانًا كثيرًا دائمًا
- ١٦- أشعر بعنفي متقلب (غير ثابت) نادرًا أحيانًا كثيرًا دائمًا
- ١٧- عضلاتي متوترة... .. نادرًا أحيانًا كثيرًا دائمًا
- ١٨- أذا متفرق نادرًا أحيانًا كثيرًا دائمًا
- ١٩- أشعر بالانزعاج نادرًا أحيانًا كثيرًا دائمًا
- ٢٠- أنا متشغل (غير مستقر) نادرًا أحيانًا كثيرًا دائمًا

١ - مراجع علم النفس المرضى والطب النفسى المتعلقة بالقلق.

٢ - التصنيفات الطبية النفسية المرتبطة باضطرابات القلق.

٣ - الخبرة الخاصة لمؤلف المقياس.

واعتماداً على هذه المصادر وضع مؤلف المقياس ٤٧ عبارة موجزة ضمنها الطبعة الأولى من هذا الكتيب. ثم قدمت هذه البنود لسبعة من المحكمين المتخصصين (أعضاء هيئة تدريس فى قسم علم النفس بكلية الآداب جامعة الكويت) وطلب من كل منهم - منفرداً - أن يضع - تبعاً لمقياس تقدير متدرج - وزناً لكل بند تبعاً لمدى كفايته فى قياس سمة القلق بوجه عام، ثم حسب متوسط تقديرات المحكمين، واستبعدت البنود التى حصلت على متوسط تقديرات منخفضة. بعد ذلك حسب معامل الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية بعد استبعاد هذا البند، وحذفت البنود ذات الارتباطات المنخفضة بالدرجة الكلية، وأخيراً استقر المقياس على عشرين بنداً (عبارة موجزة) تمثل الصيغة النهائية للمقياس (انظر جدول ٢)، يجاب عنها على أساس مقياس رباعى: ١ = نادراً، ٢ = أحياناً، ٣ = كثيراً، ٤ = دائماً. والدرجة الدنيا على المقياس = ٢٠ والعليا = ٨٠.

واستخرج من التحليل العاملى لبنود المقياس ثلاثة عوامل ذات تشعبات مرتفعة: معرفية وسلوكية وجسمية، مع ارتباطات متوسطة بين العوامل. وتراوح ارتباطات البنود بالدرجة الكلية بين ٠,٢٧ و ٠,٧٤.

وتراوحت معاملات ثبات المقياس بين ٠,٨٨ و ٠,٩٢ (كروناخ: ألفا)، وبين ٠,٧٠ و ٠,٩٣ (إعادة التطبيق)، وتشير إلى اتساق داخلى واستقرار

يتراوح بين جيد ومرتفع . أما الصدق المرتبط بالهك فقد تراوح بين ٠,٧٠ و ٠,٨٨ (خمسة محكات)، في حين وصلت تشبعات الدرجة الكلية للمقياس على عامل عام للقلق إلى ٠,٩٣ و ٠,٩٥ في تحليلين عاملين، ويؤكد ذلك الصدق المرتبط بالهك والصدق العائلي للمقياس. كما تمت البرهنة على الصدق التمييزي للمقياس كما طبق على عينات سوية ومرضى قلق، ووصل معامل الارتباط بين هذا المقياس والاكتئاب إلى ٠,٦٥. وطبق المقياس على عينات كويتية كبيرة من طلاب الجامعة والمرحلة الثانوية من الجنسين، وحصل المراهقون الذكور على متوسط أعلى جوهرها من طلبة الجامعة الذكور، وحصلت الإناث على متوسطات أعلى من نظرائهن من الذكور. وتتاح للمقياس معايير كويتية، وصيغة إنجليزية متكافئة.

ويعد هذا المقياس الباحثين بأداة بحثية ذات خصائص جيدة، فضلاً عن إمكان استخدامه لتقدير الاستعداد لتطور القلق بوجه عام لدى المراهقين والراشدين. وقد سمي هذا المقياس باسم جامعة الكويت، حيث دعمت إدارة الأبحاث بها - مشكورة - الدراسة الأساسية التي هدفت إلى تأليفه.



وإذا كان الأساس في تشخيص القلق - في مجال علم النفس - هو المقاييس النفسية، فمن الأهمية أن نعرض لوجهة نظر علماء نفس الشخصية الذين يهتمون بدراسةها بمنهج التحليل العامل، وهو منهج إحصائي رياضي يبدأ بمعاملات الارتباط بين مجموعة من الاختبارات في مجال محدد، ثم تلخص هذه المعاملات الكثيرة إلى مكونات Components أو عوامل Factors ذات عدد أقل، فنفس الظاهرة بأقل عدد من المفاهيم المختزلة التي تستوعبها.

٤ - التحديد العامل للقلق بالاختبارات الموضوعية

القلق من وجهة نظر التحليل العامل أحسن مثال لبعد الدسيميا إذ ترتفع فيه درجتا العصائية والانطواء. وفي مقابل ذلك يذكر «أيزنك، ريجمان»^(٧٣) أن من لديهم درجة عصائية منخفضة+درجة انبساط مرتفعة «أعلى مقاومة للاضطرابات الدسيميا. ومن وجهة نظر عامة وكما يذكر «كولمان»^(٧٤) تبعا لدراسات كل من «شاير، بورتنوي» فإن «مريض القلق يتميز بأنه يميل إلى أن يكون منطويا حساسا شكاكيا مثابرا، وإذا مستوى طموح مرتفع بدرجة غير واقعية، ويشعر بمشاعر عميقة بالذنب إذا لم يستطع أن يضح المعيار الذي يحدده لنفسه موضع التنفيذ». ويتوافر الآن عدد لا بأس به من المقاييس الموضوعية ومعظمها فيزيولوجية تقيس القلق بوصفه حالة وسمة. ومعظم هذه المقاييس التي سنوردتها نتيجة دراسات «كاتل و شاير»^(٧٥).

فقد وجد هذان المؤلفان أن المتغيرات الفيزيولوجية المحددة لعامل القلق النقي بدرجة جوهرية إحصائية هي : زيادة ضغط الدم الانقباضي، زيادة معدل ضربات القلب، زيادة معدل التنفس، زيادة معدل الأيض القاعدي، زيادة إفراز حامض Phonyl bydracrylic في البول، نقص مقاومة الجلد للتيار الكهربائي، زيادة حامض Hippuric في البول، زيادة إفراز 17-OH Ketosteroid الكهربي، نقص قلوية اللعاب، نقص الكولين إستيريز في الدم، زيادة الهستامين في البول، تناقص تركيز البولينا، نقص Glucuronidase في البول والدم وغيرها.

أما المتغيرات غير الفيزيولوجية المحددة لعامل القلق تبعا لكاتل فقد تراوحت تشعباتها بين ٠،٥٦ - ٠،١٨ وكلها موجبة. ولكن التشعبات التي تقل عن ٠،٣، تعد محل سؤال، وننقد بها «كاتل». وعلى كل حال فالمتغيرات بالترتيب مهتته بأعلى التشعبات هي : القابلية الزائدة للانزعاج، الاستعداد

المرتفع للاعتراف بالأخطاء العامة، الميل الزائد لل الموافقة، بطء زمن الرجوع، ضغط منخفض عند الكتابة، انخفاض القوة البدنية بوجه عام، ارتفاع نسبة الأحكام المشوّهة، ارتفاع معدل الإشرط، انخفاض ثبات اليد، ارتفاع الانفعالية بالنسبة للتقد، ارتفاع نقد الذات، انخفاض سرعة الحكم الإدراكي.

أما عامل القلق كما يقاس خلال فترة من الزمن أو القلق بوصفه حالة متقلبة أكثر منها سمة في الشخصية فيقاس بالاختبارات الموضوعية والاستخبارات. ويبان التغيرات في كل منهما كما يلي :

١ الاختبارات الموضوعية :

ارتفاع الكولين إستيريز، ارتفاع حامض الهيوريك، الاستعداد الزائد للاعتراف بالأخطاء العامة، القابلية الزائدة للمضايقة، ارتفاع معدل التنفس، ارتفاع مستوى هرمون الإستيرويد، ارتفاع معدل ضربات القلب، زيادة ضغط الدم الانقباضي، انخفاض قلوية اللعاب، ارتفاع كمية اللعاب.

٢ - الاستخبارات :

انخفاض قوة الأنا، ضعف التحكم في الإرادة، زيادة ضغط الدوافع (التوتر الإرجي)، ارتفاع التعرض للذنب، ارتفاع الاستقلال.

٣ - مقاييس أخرى :

يضيف «كاتل وشاير» أنهما لم يجدا أية زيادة في الوزن مع القلق، فان القلق الدائم يعني نقصا في الوزن. ووجدنا ان طول العظام والمفصلات ومحيطهما صغير في حالات القلق، ووجدنا كذلك أن القلق يرفع أبض

البروتين، وأن تناقص وزن الجسم مع زيادة القلق والانعصاب، والارتباط الذي تأكد مع الحجم الضئيل للعضلات، كل ذلك يجب أن يوجه اهتمامنا إلى عمليات أبهى الأحاسيس الأمية^(٧٦).

واختبار التهيج بالبارد Cold Pressor Test أحد الاختبارات الموضوعية للقلق، وذلك بأن يضع الشخص مقدم ذراعه عاريا في إناء مليء بثلج طائب. ومن الملاحظ أن الاستجابة في كل الأحوال هي زيادة معدل النبض، ولكن هذه الزيادة أعظم لدى الأشخاص الأكثر قلقا^(٧٧). ومن أكثر الاختبارات شيوعا مقياس القلق السريع لتايلور TMS الذي عزلته من اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية، واتضح من دراسات عديدة أنه مقياس جيد لعامل العصاية العام، ولو أنه غير نقي، فله بعض الإسقاط على محور الانطواء. كما يبدو أن هذا المقياس لا يقيس الاستهداف للقلق، ولكن وعن الشخص به ورد فعله تجاهه في حالة وجوده^(٧٨).

وبالنسبة للرسم الكهربى للمخ EEG فإن التردد الغالب لدى الأسوياء هو [١٠] دورات / ثانية، وفي حالات القلق (١١,٢) دورة / ثانية. وقد بين «ستراوس» أن نشاط ألفا (٨-١٢ دورة / ثانية) أقل شيوعا في حالات القلق المزمن بالمقارنة إلى الأسوياء. وتميز هذه النتائج بدرجة جوهرية بين مرضى القلق والأسوياء^(٧٩).

ونعرض في الفقرة التالية للتشخيص الفارق للقلق من وجهة نظر الطب النفسى.

٥ - التشخيص السيكياترى الفارق للقلق

من الأهمية بمكان أن نفرق بين القلق وغيره من الاضطرابات، وذلك على الرغم من أن القلق عرض شائع في معظم الاضطرابات النفسية، ولا

يرى نغبا إلا نادرا، ويصاحبه درجة من الاكتئاب^(٨٠). ويضيف «لادرا، ونج»^(٨١) أن بعض الأعراض الاكتئابية شائعة مع القلق، ولدى بعض المرضى يوجد الاكتئاب والقلق بالدرجة ذاتها، وقد يتغلب القلق، وقد يتغلب الاكتئاب. ولقد بذلت محاولات كثيرة لدراسة العلاقة بينهما، وبقيت مشكلة غير محسومة على الرغم من أهمية التفرقة بينهما نظراً للفروق في العلاج والمآل Prognosis (التنبؤ سير المرض). وتجبرُّ القلق مريض الوسواس إذا لم يستطع أن يقوم بطوقه وأفعاله القهرية. وقد يركز مريض القلق انتباهه على أحد الأعراض كخفقان القلب، ويكون اعتقاداً بأنه مصاب بمرض عضوى خطير، فيبدو كحالة تقليدية لتوهم المرض، ومع ذلك فإنه يمكن بوضوح تشخيص القلق دون شكوك في كل الحالات إلا قليلا.

وفى التجارب التى قام بها هذان المؤلفان^(٨٢) فى مؤلفهما: «المقاييس الفيزيولوجية والعقاقير للسكته والقلق المرضى»^(٨٣)، يذكران عند اختبارهما لعينة مرضى القلق: أن وجود بعض أعراض الاكتئاب لم تجعلهما يستبعدان أى مريض إذا كانت حالة القلق هى المظهر الأساسى والغالب . . . ويضيفان أن العلاقة الوطيدة بين القلق والاكتئاب تجعل اختيار عينة من المرضى المصابين بالقلق دون أى اكتئاب أمراً مستحيلاً^(٨٤).

أما عن التطورات التى يمكن أن تحدث عن المرضى أو مآله، فتأخذ الشكل الآتى: إذا استمر القلق فإن الاضطراب الفيزيولوجى المتسبب عنه يؤدي غالباً إلى توهم المرض والخوف من المرض البدنى. وإذا استمر التوتر أدى إلى حالة من النورستينا : الإرهاق والتعب ونضوب الطاقة ونقص المبادأة مع تناقص التركيز. وقد يصاحب القلق الهستيريا فى الجيش، حيث «مركب : القلق-الهستيريا» أكثر شيوعاً فى الحياة العسكرية عن المدنية^(٨٥).

وقد يصاحب القلق أمراض عقلية مثل السواد الارتدادى Involutional

Metacholy، وقد يقلق مرضى الفصام المبكر بسبب هلاوسهم^(٨٦). وتؤكد الدراسات التجريبية جانباً من هذه الملاحظات، فمن دراستين لكاتل وزملائه اتضح أن معظم الذهانين (مع احتمال استثناء الفصامين في مراحلهم المبكرة) لا يفرقون في مستوى القلق عن الأسوياء. أما الأحداث الجانحون والسيكوباتيون فمستوى القلق لديهم أقل من العادي. أما من يتعاطون المشروبات الكحولية والمدمنون فمستوى القلق لديهم مرتفع جداً بالمقارنة إلى الأسوياء^(٨٧). ويصاحب القلق كذلك أمراض بدنية مثل حالة احتشاء (انسداد) عضلة القلب^(٨٨)، وتصلب شرايين المخ، والشلل الاهتزازى وورم الغدة الكظرية^(٨٩).

وبعد أن عرضنا لبعض الجوانب القياسية والتشخيصية للقلق نقدم نبذة عن أحد الطرق المهمة لعلاج .

٦ العلاج السلوكي للقلق

تعدد طرق علاج القلق العصبي، ويبرز من أهمها أسلوب العلاج الكيميائي^(٩٠) (العقاقير المضادة للقلق Anxiolytic أو مطبئات القلق) وأساليب العلاج السيكلولوجية. والأسلوبان الأساسيان في الطرق السيكلولوجية هما التحليل النفسى Psychoanalysis والعلاج السلوكي Behaviour Therapy.

وقد وضع «فرويد» Freud أسس العلاج بالتحليل النفسى التقليدى ومارس، مفترضاً أن السلوك الشاذ تعبير عن صراعات نفسية داخلية. وهو يعتقد أن كل شخص «يكبت»^(٩١) أو يدفع من الشعور الخبرات المؤلمة والمثيرة للقلق فضلاً عن الرغبات والصراعات. وعندما تكبت هذه المواد تصبح لا شعورية، ومع ذلك فهي تؤثر في السلوك الشخصى والاجتماعى للأفراد دون أن يكونوا على وعى بالسبب الحقيقى لأفعالهم وأقوالهم. ومن ثم يتلخص

الهدف من العلاج بالتحليل النفسى فى «جعل اللا شعورى شعوريا» ويقع على عاتق المعالج أن يساعد المريض على اكتشاف الذكريات والدوافع والصراعات المكبوتة التى يُفترض أنها تحدد سلوك المريض، ويجعله المعالج على وعى بها، ثم يساعده على التعامل معها بطريقة أكثر ملاءمة^(١٢). ويعتمد التحليل النفسى على عدد من الطرق الفنية أهمها : التداعى الحر وتحليل الأحلام والتعامل مع المقاومة وتقديم التفسير وحسم عملية التحويل *

ونجد الإشارة إلى أن التحليل النفسى بوصفه طريقة علاجية قد تلقى نقدا شديدا من جوانب عدة. ويلخص «أيزنك» و«جيمان»^(١٣) الفروق بين التحليل النفسى والعلاج السلوكى كما هو وارد فى جدول (٣) *

جدول (٣)

الفروق بين التحليل النفسى والعلاج السلوكى

التحليل النفسى	العلاج السلوكى
١ - يعتمد على نظرية غير مترابطة لم توضع أبدا بطريقة جيدة على هيئة مسلمة.	١ - يعتمد على نظرية مشقة متينة التكوين ونزوى إلى استنتاجات يمكن اختبارها.
٢ - مشتق من الملاحظات الإكلينيكية ويتم دون أى حجة إلى ملاحظات مبسطة أو -.	٢ - مشتق من الدراسة التجريبية المصممة بوجه خاص لاختبار هذه النظرية الأساسية والاستنتاجات الناتجة عنها.
٣ - يعتبر أن الأعراض ناتج لأسباب لا شعورية (عقد).	٣ - يعتبر أن الأعراض استجابات شرطية غير تكيفية *
٤ - ينظر إلى الأعراض على أنها دليل على الكبت	٤ - ينظر إلى الأعراض على أنها دليل على تعلم خاطئ. *

- ٥ . يعتقد أن الأعراض تتحدد مر
طريق الحبل المتعاقبة .
- ٦ . يجب أن تعتمد كل أنواع العلاج
على أساس نظرة تاريخية .
- ٧ . يتحقق الشفاء عن طريق تناول
الديناميات الكامنة (اللاشعورية)
وليس بعلاج الأعراض نفسها .
- ٨ . تفسير الأعراض والأحلام
والأفعال وغيرها عنصر مهم في
العلاج .
- ٩ . يؤدي علاج الأعراض إلى ظهور
أعراض جديدة .
- ١٠ . تعد علاقات التحول أسباباً في
شفاء الاضطرابات العصابية .
- ٥ . يعتقد أن الأعراض تتكون نتيجة
للمعروف الفردية و الغابلية
للإشراط والتغلب أو عدم الثبات
الأتونومي بالإضافة إلى الظروف
البيئية .
- ٦ . يتم كل علاج للاضطرابات
العصابية بالعادات الموجودة في
الحاضر دون اعتناء كبير بأساسها
في الماضي .
- ٧ . يتحقق الشفاء بعلاج العرض نفسه
أي بإطفاء الاستجابات الشرطية
غير التكيفية وتكوين استجابات
شرطية مرغوبة .
- ٨ . حتى إذا لم يكن التفسير ذاتياً
وخاطئاً تماماً فلا علاقة له
بالعلاج .
- ٩ . يؤدي علاج الأعراض إلى شفاء
دائم، بشرط إطفاء الاستجابات
الشرطية الأتونومية والهيكلية .
- ١٠ . للعلاقة الشخصية بين المعالج
والمرضى ليست أساسية لتحقيق
شفاء الاضطرابات العصابية، إلا
أنها قد تكون مفيدة في ظروف
معينة .

ونخصص الجزء الباقي من هذه الفقرة تبيان أهم خصائص العلاج السلوكي .

معالم العلاج السلوكي

يعتمد العلاج السلوكي على نظرية التعلم الشرطي وعلم النفس التجريبي، والعلاج السلوكي هو تطبيق إجراءات الإشراف التقليدي ونظريات التعلم في علاج المرض النفسي أو العصبي. والعصاب إما أنه استجابات غير تكيفية مكتسبة، أو فشل في اكتساب استجابة تكيفية. ويقوم العلاج في هذه الطريقة على أساس علاج الأعراض، فالعرض هو المرض، والسلوك المضطرب ليس عرضا لاضطراب كامن، ولكنه اضطراب في حد ذاته. واعتمادا على ذلك تركز الطرق العلاجية السلوكية على السلوك الحالي، ولا تعطى عناية كبيرة بأسباب المرض، وتضع أهدافا للعلاج محددة بشكل واضح، وقابلة للقياس موضوعيا، وتتحكم في خبرة المريض حتى يحدث عدم تعلم للعادات القديمة، ويتم تعلم عادات جديدة^(٩٩)، مع التسليم بأن السلوك الشاذ يمكن تعلمه في مرحلة الرشد مثله في ذلك مثل مراحل النمو الأخرى.

ويستخدم العلاج السلوكي أساسا مع الراشدين لعلاج الأعراض وأنواع محددة من السلوك كالقلق والمخاوف المرضية وأنواع الكف التي ترتبط بالاضطرابات العصبية، وكذلك لعلاج الاضطرابات الجنسية وإدمان العقاقير والكحوليات، والتي تعد اضطرابات للطباع أو الخلق^(١٠٠). والطرق الفنية المستخدمة عمليا متعددة، نجتزئ منها طريقة الكف المتبادل Reciprocal Inhibition من وضع 'جوزيف وولبي' Wolpe.

العلاج السلوكي للقلق بالكف المتبادل

يعرف 'وولبي' السلوك العصبي بأنه : «أية عادة أو سلوك غير تكيفي مكتسب عن طريق التعلم وله صفة الدوام، لدى كائن عضوي سوى من

الناحية الفيزيولوجية^(١٦). والقلق محور العصا من وجهة نظره. وهو في أساسه استجابة صادرة من الجهاز العصبي اللا إرادي (المستقل) وبخاصة الفرع السمثاوي. ويوجد نوعان من الاستجابات المشتقة إلا أن جدورها في هذا القلق ذاته، وهما: الاستجابات الهتيرية والوسواسية. وفي أحبان كثيرة يكسب الفرد مجموعة عادات حركية معينة مرتبطة بالقلق وتعمل على تخفيفه كاستجابات التجنب Avoidance أو إزاحة الانتباه Displacement of attention (الإشاحة) أو الوسواس المربحة أو المخفضة للقلق أو شرب الخمر.

أما من الناحية العلاجية فيخصص «وولي» الجلسات الأولى (ومدتها ساعة ثم تخفض إلى ٤٥ دقيقة). لأخذ تاريخ حياة المريض مع تركيز على الحاضر وليس الماضي وذلك للتعرف إلى:

١ - شكل استجابات القلق والاستجابات الثانوية المترتبة عليه.

٢ - معرفة المنبهات المثيرة لهذه الاستجابات والظروف التي تحدث فيها.

وبعد التعرف إلى النمط الخاص للمنبهات والاستجابات عند المريض، يكون الهدف هو إضعاف الرابطة الشرطية بينهما بواسطة الكف الشرطي. وذلك بتعزيز أو تقوية بعض الاستجابات المضادة بما يناسب حالة المريض وطبيعة منبهات القلق لديه. وعند هذه النقطة بالذات يستطيع المعالج السلوكي أن يقوم بالاستفادة من كل بحوث التعلم وقوانينه (ومنهما مثلا وضع اعتبار لأثر الكف الرجعي في طول الجلسة، وعلاقة سرعة التعلم بدرجة التطواه وغيرها). بل إن المعالج يجد نفسه أحيانا يقوم بعمليات تعلم وتدريب تدريجي.

ويذكر «وولي» ثمانية أنواع من الاستجابات المضادة للقلق أهمها ثلاثة

هي:

١ - الاستجابات التوكيدية للذات.

العميق، تكوين مدرج القلق، تنفيذ عملية التكوين، وتفصلها فيما يلي:

أ - التدريب على الاسترخاء:

يتعلم المريض الاسترخاء Relaxation في بضع جلسات، وتبدأ بإدراك لفكرة الشد في العضلة مقابل إرخائها، ويبدأ التدريب بمجموعات عضلية عديدة (واحدة واحدة) حتى تشمل جسم المريض كله.

ويُعرف المعالج المريض بأن الاسترخاء يناقض القلق مباشرة، ويطلب منه أن يمارسه بين الجلسات، وأن يحقق الاسترخاء الفارق (إرخاء العضلات التي لا تكون في حالة استخدام أو نشاط)، مع التأكيد على اللجوء إلى الاسترخاء حينما يتعرض للقلق، ويخبر المريض بأن كفاءة هذا المنهج العلاجي بأسره متوقفة على قدرته على أن يستبدل الاسترخاء بالقلق.

ب - تكوين مدرج القلق:

مدرج القلق Anxiety hierarchy قائمة من الأشياء والمواقف التي تثير القلق لدى المريض. ويتعاون المعالج مع المريض في تكوين هذه القائمة، ويتم ذلك عن طريقين: أولهما المواقف والأشياء والموضوعات التي يذكرها المريض بوصفها مثيرات للقلق، وثانيهما فحص إجابة المريض عن بعض استجابات القلق مثل: «قائمة ويلوى للميل العصائى»^(١١) أو قائمة مسح المخاوف^(١٢). ثم ترتب هذه المواقف تبعاً لشدة إثارتها للقلق لدى المريض، بحيث تبدأ من أقلها إثارة للقلق وتنتهى بأعلاها.

ج - تنفيذ التكوين:

يطلب من المريض أثناء الجلسة أن يتخيل بوضوح الموقف أو المنظر الأول في مدرج القلق (أقلها إثارة للاضطراب). ولا يكون مثل هذا الموقف

في العادة مؤلماً أو مصائب، ويستمر المريض في تخيل هذا المنظر بضع ثوان قبل أن يتغل إلى الموقف التالى له. ويتم ذلك بعد مراجعة لتمارين الاسترخاء في أول الجلسة. وإذا كان الموقف المتخيل شديدا للقلق (ويبين المريض ذلك برفع إصبعه السبابة) يطلب منه استدعاء تمارين الاسترخاء على الفور. وحيث إن الفرد لا يمكن أن يكون قلقا ومسترخيا في وقت واحد، فإن قدرة هذا المنبه على إثارة القلق تتناقص. وتكرر هذه المحاولات يتناقص القلق، فيستغل المريض إلى المنبه التالى في مستوى القلق (الأكثر إثارة للقلق). وتكرر ذلك حتى يصل المريض إلى أعلى مستوى يثير القلق. تتلخص عملية التسكين إذن في تطبيق مبدأ الكف التبادل : تستبدل باستجابة شرطية (القلق) استجابة أخرى (الاسترخاء) حتى ينتهي قلق المريض^(١٠١).

وبعد أن عرضنا للقلق بوصفه اضطرابا نفسيا في الفصل الأول، ولطرق تشخيصه وقياسه وأحد أساليب علاجه في الفصل الثانى، نقدم لتطور القلق، وهذا هو موضوع الفصل الثالث.

٢ - الاستجابات الجنسية.

٣ - استجابات الاسترخاء العضلي العميق.

وتوجد أنواع أخرى منها الاستجابات الحركية والتنفسية، وتتضمن الأخيرة استنشاق مخلوط يتكون من ٧٠٪ من ثاني أكسيد الكربون و ٣٠٪ من الأكسجين^(٩٧)، وتُحدث الطريقة الأخيرة إرخاء كاملاً للمعضلات وتؤدي إلى شفاء سريع وكثيراً ما يكون دائماً للقلق الشامل *

ويعرف «وولبي»^(٩٨) مبدأ الكف المتبادل الذي يعد أساس الإجراءات العلاجية كما يلي:

«إذا استطعنا أن نُحدث استجابة مضادة للقلق، في حضور المنبهات المثيرة للقلق، فإنه يصبحها قمع كامل أو جزئي لاستجابات القلق، وتضعف الرابطة بين هذه المنبهات واستجابات القلق».

ولتحقيق مبدأ الكف المتبادل عملياً فقد وضع «وولبي» طريقة التقليل للنظم للحساسية أو «التسكين المنظم» Systematic desensitization وتفصله فيما يلي:

التسكين المنظم:

يعتمد مفهوم التسكين المنظم على إجراء طبي معروف يتلخص في إعطاء جرعات متزايدة من مادة مثيرة للحساسية Allergens للذين يعانون من حمى القش hay fever، وتسمى هذه العملية بالتسكين التدريجي. ويتخذ «وولبي» التسكين المنظم (والذي يعتمد على مبدأ الكف المتبادل) في الجلسة العلاجية اعتماداً على عناصر ثلاثة هي: التدريب على الاسترخاء العضلي

الفصل الثالث

تطور القلق

نعرض في هذا الفصل بعض الجوانب النظرية في تطور القلق، فنقدم لمفاهيم النمو والارتقاء والثبات والتغير والتنبؤ بالتطور ومطالب النمو، مع إيراد بعض الدراسات السابقة عن تطور القلق لدى السوي والمرضى تبعاً للعمر، وذلك تمهيداً للفصل التالى الذى سيعرض لبعض الدراسات العربية في تطور القلق. ونقدم فيما يلى لمفهومي النمو والارتقاء أو التطور.

١ - مفهوما النمو والتطور

يلحق النمو Growth وكذلك الارتقاء أو التطور Development كلا من العمليات الفيزيولوجية والنفسية والبيئية، والتي تكون بطبيعتها مستمرة منظمة، وتسبب في تغيرات في المكونات الفيزيولوجية والعقلية والانفعالية والاجتماعية والحلقة للكائن العضوى. ويشير النمو إلى التغيرات العضوية، ونسم بأن له طبيعة كمية، على حين يشير التطور أو الارتقاء بوجه عام إلى التغيرات الوظيفية أو غير العضوية، ويتصف بطبيعة كيفية. ومن ثم فإن التطور أو الارتقاء مستمر مدى الحياة، ويغطى الوجود الإنسانى بأسره، على حين أن بعض جوانب النمو تصل إلى نقطة التضج، ثم لا يتحقق بعدها مزيد من التغير^(١١٢). ومن ثم يمكن تعريف التطور أو الارتقاء بأنه سلسلة متتابعة من التغيرات الكيفية في الشكل أو التنظيم أو أنماط السلوك لدى الكائن العضوى من المولد حتى الوفاة، كما أنه عملية مركبة من تكامل عديد من الأبنية والوظائف^(١١٣).

ويختلف التطور عن النمو في أن الأخير تغير كمي، أو تزايد في الحجم أو المقدار، على حين ينسم التطور بزيادة التركيب وتنظيم العمليات وبنائها.

ويتضمن كل من النمو والتطور تغيرات يمكن أن تكون إيجابية في طبيعتها، ومع ذلك فيجب أن نلاحظ أن التغيرات يمكن أن تحدث أيضا في اتجاه التدهور، فيبدأ الضمور ويظهر الهزال. ولذا فيتعين ألا نرادف بين النمو والتطور والتغير الإيجابي، فعندما نقول: تطور القلق أو ارتقائه مثلا، فإن ذلك يعنى في المقام الأول تغير معدله سواء أكان ذلك هبوطا أم ارتفاعا. ونعرض فيما يلي لوجهتي الثبات والتغير في مجال الشخصية بعامة والقلق بخاصة.

٢ - وجهتا الثبات والتغير

هناك وجهتان أساسيتان للنظر في مجال تطور الشخصية (ومنها القلق): رأى يرى أن سمات الشخصية ثباتا مرتفعا من مرحلة عمرية إلى أخرى، أما الآخر فيعتقد أصحابه في أن التغير هو الخاصية الأساسية التي نوسم بها الشخصية. وغالبا ما تكون أوسط الآراء أصوبها، إذ نعتقد أن للشخصية ثباتا بدرجة معينة، فهذا الثبات نسبي وليس مطلقا.

فيرى أصحاب الرأى الأول ضرورة التوصل على ثبات الشخصية واستمرارها، وقد أكد على ذلك المحللون النفسيون بالنمو النفسى، على حين نجد أن غيرهم من الباحثين المهتمين بالنمو النفسى قد ركزوا على المواقف النوعية للسلوك، اعتمادا على أن سمات الشخصية تتميز بالثبات النسبي والاستقرار عبر الزمن في حالة عدم تغير المواقف التي يتعرض لها الفرد، وهذا ما يؤكد علماء النفس الاجتماعي الذين يرون أن ثبات سمات الشخصية يتحدد عن ضوء توقعات الدور الذي يتغير عبر الزمن.

ومن ثم فقد تعددت دراسات تطور الشخصية وتنوعت مناهجها ما بين دراسات مستعرضة Cross - Sectional وأخرى تتبعية أو طولية Longitudinal. وتتميز البحوث الطولية المتوافرة، الفكرة العامة المتعلقة بالثبات أو الاستمرارية في تطور سمات الشخصية كلما انتقلنا من مرحلة عمرية إلى أخرى. وتؤكد هذه البحوث أن سمات الشخصية تكون أكثر استقراراً بين المراهقة المبكرة والمتأخرة وبين بداية الرشد ومتصف العمر وبخاصة فيما يتعلق بالسمات المعرفية والمزاجية للشخصية. وعلى ذلك فإن معيار الحكم على خصائص الشخصية خلال هاتين المرحلتين بما تضمن به من استمرارية في ترقى السمات، يمكن أن يزودنا بمعلومات نستطيع التنبؤ منها بما ستكون عليه شخصية الفرد في حياته المستقبلية. وهذا يعنى أن التقدم في العمر لا يمثل اختلافاً كبيراً بل كمياً، إذ تتغير الدرجة على سمات الشخصية كلما تقدمنا نحو الشيخوخة نظراً لما يتم به التقدم في العمر من ضعف وتدهور^(١٠١).

ويرتبط بمسألة ثبات الشخصية وتغيرها سؤال مهم مؤداه: هل يمكننا التنبؤ بتطور الشخصية؟

٣ - التنبؤ بتطور الشخصية

الواقع أن تطور الشخصية عملية دينامية مستمرة تتناول مختلف جوانب الشخصية بوصفها وحدة نفسية جسمية متكاملة وتفاعلة، ومن الجلى في واقع الأمر أن بعض جوانب الشخصية تكون أسرم في تطورها في بعض المراحل العمرية من جوانب أخرى، خاصة وأن الشخصية في تغير نسي مستمر منذ بدء تكوينها، وذلك نتيجة للتفاعل المستمر بين إمكاناتها الموروثة وظروفها البيئية التي تعيش فيها متأثرة بها ومؤثرة فيها. فكل وقت يمر على شخص أو حدث يتعرض له أو ظرف يحيط به يحدث تغييراً قلاً أو كبراً في هذا الكل الدينامي المتكامل من أجهزته النفسجسمية. وكلما كان التغير الذي

حدث في الشخصية نحو الأفضل وصفناه بأنه تطور في الشخصية أو أحد جوانبها. أما إن كان نحو الأسوأ وصفناه بأنه تدهور في الشخصية أو في أحد جوانبها^(١٠٥) على أن عديدا من المؤلفين يستخدمون مصطلح «تطور» بمعنى «تغير» بصرف النظر عما إذا كان إلى الأحسن أو إلى الأسوأ.

وقد دلت البحوث المتعلقة بالتنبؤ، على أن الشخصية الناضجة المتوافقة في الرشد إنما هي انعكاس لطفولة دافئة خالية نسبيا من الصراعات الأسرية. كما أنه على ضوء التوافق في مرحلة المراهقة يمكن التنبؤ بمدى التوافق في مرحلة الرشد. ويرى «إريكسون» Erikson أن الشخصية تتطور في سلسلة من المراحل السابقة وتتداخل معها. أما «كارل يونج» C.G Jung فيرى أن التخطيط للتغلب على مشكلات الحياة في النصف الثاني من العمر، (الذي يبدأ من الخامسة والثلاثين إلى الأربعين عاما) يختلف عن النصف الأول من العمر، حيث يركز انتباه الشخص السوي نحو ذاته ونزعاته الفريدة والتميزة، بعد أن كان يعتمد على أسرته كلية^(١٠٦).

ننقل فيما يلي من سياق الشخصية بوجه عام إلى مجال القلق بوجه خاص (وهو أحد مكوناتها في بعض النظريات). وقبل أن نعرض لبعض الدراسات نوضح ما نقصده بمفهوم «تطور القلق».

٤ - المقصود بتطور القلق

ما الذي نقصده بتطور القلق؟ إن معنى هذا التعبير الاصطلاحي لا يرادف قولنا : مراحل التطور أو الارتقاء^(١٠٧) التي يتخذها القلق، بل الأصوب أن نرادف بين تطور القلق ومستويات انشغال غير مختلف المراحل العمرية، فهي دراسة لتطور القلق عبر الأعمار، كأن تقارن بين مستوى القلق في كل من الطفولة والمراهقة والرشد مثلا. والافتراض الأساسي هنا أن المراحل المختلفة للنمو التي يمر بها الإنسان يمكن أن ترتبط بمستوى معين

من القلق، تتناسب مع كل من ظروف هذه المرحلة، ومطالب النمو أو التطور والضغط التي تفرضها كل مرحلة على الإنسان عندما يمر بها ... وغير ذلك كثير. والمثال البارز لذلك مطالب التطور التي تفرض على الإنسان لدى انتقاله من الطفولة إلى المراهقة، والتي يفترض أنها تؤثر في مستوى القلق لديه.

ونود أيضا أن ننبه إلى أن مصطلح «تطور القلق» - في هذا السياق - لا يعنى أن القلق يتطور إلى غيره من الاضطرابات (الأشد والأعنف بطبيعة الحال كما يفترض)، كما لا يعنى المصطلح الأساسى ذاته أننا سنكرس اهتمامنا لفحص ما سيؤول إليه القلق فيما سيأتى من أيام، فذلك مبحث محدد في علم النفس المرضى خاص يبحث المآل *Prognosis*. وأخيرا وليس آخرا لا يقصد بمصطلح «تطور القلق» أن القلق سيتطور بشكل مطلق من مرحلة إلى أخرى بما يعنى تزايد معدله أو نقصانه. وهذا أمر مستقل بطبيعة الحال عما يمكن أن نضعه من فروض عن فروق في القلق بين مختلف مراحل العمر.

ويشيع في التراث السيكولوجي المعاصر - بشكل محدود - مصطلح «القلق التطورى» *Developmental Anxiety*. ولم يُستخدم هذا المصطلح في علم النفس بوجه عام ليشير إلى نوع معين من استجابة القلق، ولكن الأكثر شيوعا أن يستجيب الباحثون والأكاديميون وجود القلق خلال الفترات العصبية من تطور الفرد (كالمراهقة مثلا)، أو أنهم قد فحصوا أرجاع قلق معينة تميز تطورات سلوكية معينة (مثل قلق الانفصال *Separation Anxiety* والقلق من الغرباء في فترة الطفولة)^(١٠٨).

ومن أهم هذه الفترات العصبية: المراهقة حيث يُجبرُ المراهق أقصى درجات القلق نتيجة التنوير في مظهره، وكذلك في السن المتقدم، حيث يمكن أن

يشعر الرجل عند اقتراب سن التقاعد (٦٠ أو ٦٥ عاماً على اختلاف بين الدول) بأقصى درجات القلق. يظهر القلق بحد و المراحل الانتقالية من العمر، حيث تتوقف أشكال قديمة للمواحه وانصرف، وتكتسب أشكال أخرى جديدة. ومن ثم فإن المراهق يترك حب الطفل ويصح لديه جسم له أبعاد شبيهة بنظيرتها لدى الراشد. أما الرجل في سن التقاعد مباشرة، فسوف يودع النظام اليومي للوظيفة (الروتين). ويُعرض أيضاً أن وقت فراغه سوف يتضاعف، ما لم يطور ميولاً واهتمامات جديدة. وكل ذلك لا يحدث في يوم وليلة، ولذا فإن التكيف له يتطلب وقتاً^(١٠٠) ونعرض فيما يلي لعلاقة مطالب التطور بالقلق.

٥ - مطالب التطور والقلق

للقلق ملامح أساسية ثلاثة: مشاعر ذاتية بالتوجس، وأرجاع فيزيولوجية تلحق بعض وظائف الجسم، وتشوش في العمليات المعرفية الراقية. وهذه الملامح الأساسية عناصر مشتركة تميز انفعال القلق بصرف النظر عن العمر. ولكن تتغير لدى الفرد نتيجة للتطور الجوانب الأربعة التالية:

- ١ . أساليب الاستجابة للقلق وطرق مواجهته فضلاً عن ادراك التهديد.
 - ٢ . تقييم الحوادث على أنها مهددة.
 - ٣ . طبيعة الحوادث الضاغطة المسببة للانعصاب أو المشقة Stress والتي تعد مطالب للتطور Developmental Tasks أو علاقاته الأساسية.
 - ٤ . التغيرات في الاعتماد البيولوجي للانعصاب أو الصراع^(١٠١).
- ومن أهم مراحل التطور التي تتضمن تغيراً في حياة الإنسان: المراهقة والتقدم في العمر كما أسلفنا ففي هاتين المرحلتين تتغير مطالب التطور،

دخل الفرد في نطاق جماعة اجتماعية جديدة تختلف كثيرا عن الجماعة التي ن ينتمى إليها فيما سبق. ومعنى ذلك - من بين ما يعنى - التخل عن بعض أمان الذى كان الفرد يعيشه، ويحل محله مستقبل مجهول وغير مؤكد أو كوك فيه.

وقد عالج عالم النفس السويسرى الشهير «جان بياجيه» Piaget هذه عملية في نظريته التطورية على ضوء ما أسماه بالجوانب التوازنية الدينامية. ما عالجها «ريجيل» Riegel على ضوء نموذجه الجدلى Dialectic للتطور. لنقطة الأساسية التي تركز عليها هذه النظريات هي أن * مجهولية * النمو تتغير ترسب الصراع، وفي هذا الصراع يثور القلق ويظهر. ويكون لأن مال الفرد عندئذ تساؤه ضمنا : ما التهديدات المجهولة التي ستواجهني في نا المستقبل المجهول؟ وهل سأكون قادرا على مواجهة هذا التهديد أو نحكم فيه والسيطرة عليه؟

كما وضعت نظريات تطورية عديدة من أهمها نظرية «هافيجهرست» Havighurst، حيث ترتبط نظريته بشدة بموضوع المطالب التطورية، والتي تمتد - في المقام الأول - على التطور البيولوجي والتوقعات الاجتماعية، حيث خبر كل منهما خلال مجرى حياة الإنسان بأسرها. ومثل هذه المطالب تطورية يمكن النظر إليها أيضا على أنها مصدر للصراع والانعصاب أو انشقة نسبة للفرد، حيث ينتج منها القلق ويصغض عنها. وكلما تحققت المطالب تطورية أو حُسمت فإن الصراع والانعصاب ينتهيان وكذلك القلق. وكلما سجع الفرد من الناحية البيولوجية فإن المجتمع يتوقع تغيرا مقبولا ومرغوبا في سلوك ذلك الفرد، ومن ثم فإن الفرد يواجه بمهمة اكتساب مهارات وقدرات مصادر وطاقت جديدة، ويتوقف عن إصدار نظيرتها القديمة كلما انتقل من نهدي إلى الطفولة، ومن الطفولة إلى المراهقة، ومن المراهقة إلى الرشد

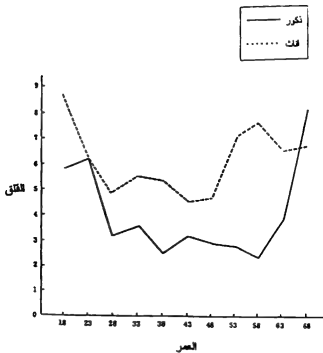
الميكرو... وهكذا حتى الموت موجر القبول أو الرفض يواجه سلسلة من التوافقات عبر سنى حياته كلما تقدم به العمر

وقد ألقى «كوهلين» Kubler الضوء - خلال استعراضه للتغيرات الدافعية عبر سنى الرشد - على كيفية تنوير الأفراد لأنماط المواجهة والتصرف في استجابتهم للتغير في كل من المحاحات والاحباطات وتنبهات البيئة والتوقعات. وقد برهن على أن القلق أساسى بوصفه مصدرا للدافعية في السن المتأخر^(١١١). ونعرض في الفقرة السادسة للتغيرات في معنى القلق تبعا للعمر.

٦ - متحنى القلق السوى عبر العمر

إن قليلا من القلق يعد سويا ويفترض أنه أمر لازم بسببه للسوى، لأن كل تطور يصاحبه قلق^(١١٢). ويبين شكل (٢) التغيرات في مستوى القلق تبعا للعمر خلال مجرى الحياة السوى، ونلاحظ التناقص المستمر والتساق للقلق من المراهقة حتى المراحل المبكرة من النضج، يبدأ أخيرا في الارتفاع عند الثالثة والستين لدى الذكور، وعند الثالثة والخمسين عند الإناث. ثم يميل إلى الارتفاع الشديد مرة ثانية بعد عمر ٦٥ عاما، حيث يحتاج هذا الارتفاع إلى مزيد من الفحص (يلاحظ أن حجم العينات في الطرفين يحتاج إلى إضافة)^(١١٣).

وبعد عرض القلق السوى عبر العمر، نقدم للقلق المرضى ونغيره خلال سنى الحياة.



شكل (2) : التغيرات في مستوى القلق المبنى خلال العمر

٧ - القلق المرضي والعمر

توجد درجة من القلق في مرحلتي الطفولة والمراهقة، وفي الحقيقة فإن القلق مصاحب حتمي للنمو، ولكن حتى إذا كان مَرَضِيًّا، فإنه لا يؤدي عادة إلى أرجاع قلق في كل من الطفولة والمراهقة. ففى الطفولة يؤدي القلق المزمن إلى اضطراب في العادات مثل قضم الأظافر ومص الأصابع والبوال (التبول اللا إرادي ليلا) أو إلى سمات عصابية مثل: اللزمات (أو الحلجات) Tics والعادات التشنجية والمخاوف المرضية. ويزداد القلق في مرحلة المراهقة، ولكن تأخذ الأعراض شكلا مختلفا عن الطفولة.

ويؤدي القلق في المراهقة إما الى كف شديد أو نشاط زائد، وقليل ما ينتج عنه أرجاع قلق. وتتضمن المصادر الشائعة لقلق المراهق مشاعر عدم الكفاءة بالنسبة للجماعات، وفي المواقف الاجتماعية الجديدة كمقابلة أفراد من الجنس الآخر، والهموم المتعلقة بالافراط في الاستثناء (العادة السرية)، والاستحلام (القذف الليلي)، والمخاوف المتصلة بعدم السواء من الناحية التناسلية، أو القصور الجنسي، ونقص الثقة بالنفس فيما يختص بالأداء سواء أكان جنسيا أم اجتماعيا أم رياضيا أم عقليا.

وكلما تقدم العمر - بوجه عام - فيما بين العشرين والسبعين فإن فرص الإصابة بالاضطراب الطبقي (السيكياتري) تزيد، وتوجد «الهضبة» بالنسبة للرجال فيما بين الأربعين والستين، على ذلك زيادة حادة في احتمال حدوث الاضطرابات السيكياترية فيما بين الستين والسبعين. ويزداد احتمال الاضطرابات السيكياترية لدى النساء حتى الخمسين، على ذلك - كما يحدث عند الرجال - زيادة حادة بعد الستين في هذه الاحتمالات، ولكن تتناقص الاضطرابات السيكياترية بعد عمر السبعين لدى كل من الرجال والنساء.

ويطلق «ليتون» Leighton وزملاؤه على الفترة بين العشرين والأربعين من العمر «فترة النضال». وتستمر النساء في إظهار أرجاع القلق والاكتئاب خلال فترة سن البأس Menopause وحتى عمر الخمسين. أما الفترة بين الستين والسبعين فإن الإنسان يتعين عليه أن يتصالح أو يتراضى مع جوانب قتلته، مع التقدم في العمر والموت المتوقع، ومن ثم فإن القلق والاكتئاب يرضعان مرة ثانية خلال هذه السنوات العشر. أما تناقص الاضطرابات العصبية (البيكياترية) بعد السبعين فيرجع إلى قدرة معظم المعمرين على التكيف للحياة والموت، وعلى خفض تطلعاتهم وسميهم مع تحمل أفضل للإحباط^(١١).

ولكن النتيجة المتعلقة بتناقص الاضطرابات النفسية ومن بينها القلق بعد السبعين في حاجة إلى مراجعة، ذلك أننا يمكن أن نفترض أن تدهور الوظائف البدنية لدى المعمرين عما كان لديهم سابقا يمكن أن تكون مصدرا مهما من مصادر القلق وسببا أساسيا لارتفاع معدله.

ويعد أن عرضنا لتطور القلق بوجه عام تقدم لبعض الدراسات العربية في تطور القلق، وهذا هو موضوع الفصل الرابع.

الفصل الرابع

دراسات عربية في تطور القلق

قدما في الفصل الثالث لجوانب نظرية في التطور بوجه عام، وفي تطور القلق بوجه - س، ونبيه إلى أن المادة الواردة في الفصل الثالث تعتمد على نتائج دراسات سابقة غير عربية. أما الفصل الرابع فيعرض لدراسات في تطور القلق أهم ما يميزها أنها دراسات عملية واقعية Empirical، أجريت على مفرحين عرب. ويشمل هذا الفصل على دراستين أجريت إحداهما على الأطفال، والأخرى على أعمار متباينة تتراوح بين المراهقة والشيوخة. وبدأ بعرض أهداف هذه الدراسات ومدى أهميتها.

١ - أهداف الدراسة وأهميتها

الأهداف العامة للدراسة

تهدف هاتان الدراستان التعرف إلى تطور القلق عبر سنين متتالية في الطفولة، وخلال مراحل محددة من المراهقة إلى الشيخوخة، وذلك تبعاً لدراسات واقعية عملية أجريت على عينات عربية (مصرية). هذا بالإضافة إلى هدف فرعي لهذه الدراستا وهو التعرف إلى الفروق بين الجنسين في القلق. ولهذا النوع من البحوث أ غير قليلة كما سيتضح من الفقرة التالية.

أهمية الدراسة

(١) تتركز البحوث العالمية في علم النفس الارتقائي (أو علم نفس النمو) على نمو (وتطور) القدرات العقلية أو الجوانب الحسية والحركية والعنصرية وما

شابهها، وتقل هذه البحوث في مجال ارتقاء الشخصية بالنسبة إلى هذه المجالات.

(٢) البحوث العربية في علم النفس الارتقائي بوجه عام، وفي مجال ارتقاء الشخصية بوجه خاص نادرة جداً^(١١٥)، على الرغم من أن لمعرفة اتجاهات النمو والارتقاء أهمية قصوى.

(٣) لبحوث ارتقاء الشخصية وتطورها أهمية نظرية من حيث التعرف إلى اتجاهات التطور ومساره، والكشف عن فترات الزيادة ومراحل النقصان (أو الإسراع والإبطاء بمصطلحات النمو).

(٤) وكما تنتمي هذه البحوث إلى مجال ارتقاء الشخصية فإنها تندرج أيضاً تحت مجال علم الأوبئة Epidemiology الذي يهدف إلى تحديد معدلات الانتشار Prevalence Rates، والذي بدأ بدراسة العوامل المؤثرة في تكرار حدوث الأمراض المُعْدِيَّة لدى الإنسان وتوزيعها على السكان، ثم اتسع مجاله ليشمل الومانيات النفسية، أي توزيع مختلف أنواع الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية واضطرابات السلوك ومعدلات انتشارها في مجتمع معين^(١١٦).

(٥) ترجع الأهمية التطبيقية لبحوث تطور الشخصية إلى أنها تساعد على تحديد مراحل التطور التي تزداد فيها معدلات السمات المرضية غير المرغوبة تمهيداً لعلاجها قبل تفاقمها.

(٦) تنفيذ هذه البحوث في الكشف المبكر Early Detection عن المراحل التي تشيع فيها زيادة الاضطرابات النفسية.

وبعد بيان الأهمية العملية والتطبيقية لهذه الدراسة نعرض للفرض الأساسي الذي تعتمد عليه.

٢ - الفرض الأساسي

نتوقع ظهور فروق جوهرية في القلق بين المجموعات العمرية المختلفة (وبين الجنسين في كل مرحلة). وقد وُضع هذا الفرض اعتماداً على نتائج بحوث تطور القلق، والتي أشارت إلى إمكان تأثير الدرجة على مقياس القلق في المرحلة العمرية التي يمر الفرد بها^(١١٧). كما أن افتراض الفروق بين جنسين له ما يسوغه في التراث البكولوجي^(١١٨).

ونعرض في الفقرات التالية لهاتين الدراستين بقدر من التفصيل.

٣ - تطور القلق لدى الأطفال

تهدف هذه الدراسة^(١١٩) إلى بيان الفروق العمرية والمتصلة بالجنس (ذكور، إناث) في القلق لدى الأطفال، وذلك عن طريق تحديد متوسطات قلق لدى خمس فئات عمرية من الجنسين وهي : ١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٥ سنة.

النتج

(أ) العينات

اختيرت عينة الدراسة من تلاميذ وتلميذات عدد من المدارس الإعدادية الحكومية والخاصة بمدينة الإسكندرية، وهي : سان مارك، كلية البنات المصرية E. G. C.، مدرسة الشاطي الإعدادية بنين، مدرسة الشاطي الإعدادية بنات. وقد اختيرت من هذه المدارس عشر عينات لتمثيل خمس مراحل عمرية من الجنسين (انظر جدول ٤ لبيان عدد أفراد كل مرحلة عمرية)، وقد بلغ مجموع أفراد عينة الدراسة (١٢١٤) بواقع (٦٤٥) من الذكور و (٥٦٩) من الإناث.

(ب) المقياس

مقياس القلق لدى الأطفال: Children's Anxiety Scale: C.A.S.^(١٢٠) استمدت بنوده من التراث السيكولوجي والسيكياتري الإكلينيكي وبخاصة المراجع المتخصصة، هذا فضلا عن الخبرة العامة لواقعي المقياس، واعتمادا على هذه المصادر صيغ أربعون بنداً صياغة عربية فصحة سهلة. ثم خُرض المقياس المقترح على عدد من المتخصصين في علم النفس. وأدى هذا الإجراء الأخير إلى حذف بعض البنود التي لاتعد مقياساً جيداً للقلق من وجهة نظر هؤلاء المحكمين. ونجم عن ذلك حذف ستة بنود، فأصبح المقياس مكوناً من ٣٤ بنداً، كما عُدلت صياغة بعض البنود في اتجاه مزيد من البسيط. وقد طُبّق المقياس على عينة من ٦١ تلميذاً، ٧٤ تلميذة من تلاميذ المدارس الإعدادية من الصفين الأول والثاني، ثم حُسب الارتباط بين كل بند فردي والدرجة الكلية على المقياس، واعتماداً على ذلك تم حذف بندين فقط. هذا فضلاً عن حساب الارتباط بين كل بند وعكس خارجي هو مقياس سمة القلق (صفة الأطفال) من وضع "سيلبرجر" وزملائه^(١٢١)، ومن تعريب وإعداد عبد الرقيب البحيري^(١٢٢).

وقد طُبّق المقياس الأخير (قائمة القلق : مقياس السمة للأطفال) والمقياس الذي تقدم له على عينة من تلاميذ المدارس الإعدادية وتلميذاتها (ن = ٦٠، ٧١ على التوالي)، وتم حذف بندين فقط لم يصل إلى حدود الدلالة الإحصائية، وفضلاً عن ذلك فقد تم - على أساس تحكّم - حذف خمسة بنود (وهي البنود التي لها أقل ارتباطات) (وذلك ليصل المقياس إلى ٢٥ بنداً). ثم حللت بنود المقياس بعد ذلك عاملياً، فأُسفر التحليل الأخير عن حذف عبارتين ليصبح المقياس مكوناً من ٢٣ بنداً.

وقد حللت الارتباطات المتبادلة بين بنود المقياس عاملياً بطريقة * هو

تبيح* : المكونات الأساسية، ثم أديرت العوامل تدويرا متعامدا بطريقة
فريمكس. واستخرجت من المقياس ستة عوامل فُسرَت كما يلي :

١ - عامل القلق العام.

٢ - المشاعر الذاتية في القلق.

٣ - الأعراض النفسية والعضوية للقلق.

٤ - الجوانب المعرفية للقلق.

٥ - القلق الاجتماعي والأعراض الجسمية.

٦ - الأرق والتوتر.

ووصل ثبات التصنيف بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون
إلى ٠,٨٤ (ن=٣٠) لدى الذكور، ٠,٨٦ (ن=٣٠) عند الإناث، في حين
وصل إلى ٠,٨٧ لدى عينتي الذكور والإناث (ن=٦٠)، وهي معاملات ثبات
مقبولة. كما تمت البرهنة على صدق المقياس من نواح عدة.

(ج) تطبيق المقياس

طبق المقياس في موقف قياس جمعي، مثلت الوحدة فيه الفصل
الدراسي في الجلسة الواحدة. وكان عدد التلاميذ في هذه الفصول يتراوح بين
٣٥، ٥٠ تلميذا، وكان الباحث الرئيسي في كل جلسات التطبيق هو الذي
يطبق المقياس، مع وجود مساعد يساعده في الجلسة سواء في ملاحظة طريقة
التلاميذ في الإجابة أو في جمع الأوراق ومراجعتها.

(د) التحليل الإحصائي

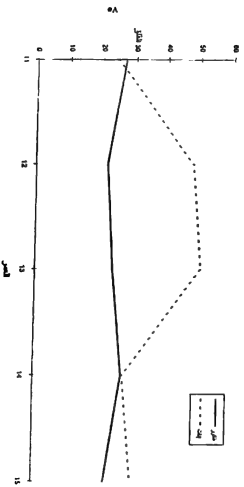
حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس الدراسة لكل

مرحلة عمرية من الذكور والإناث على حدة (عشر عينات) واستخدم تحليل التباين في اتجاه واحد، كما حسب قيم 'ت' لبيان دلالة الفروق بين المتوسطات.

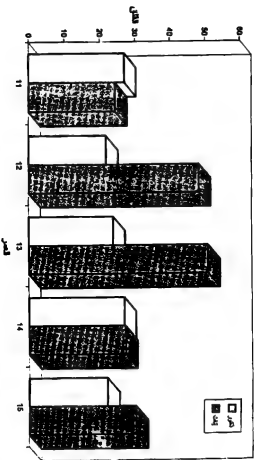
النتائج ومناقشتها

يبين الشكل (٣) المنحنى الارتقائي للفلق لدى المجموعات العمرية العشر من الجنسين، كما يبين الشكل (٤) المدرج التكرارى للمتوسطات.

ومن ملاحظة الشكل (٣) نجد أن متوسطات الفلق متقاربة بين المجموعات العمرية الخمس من الأولاد، وذلك على العكس من مجموعات البنات. ويتجه المنحنى الارتقائي في مجموعات الأولاد من الارتفاع (عمر ١١) إلى الانخفاض (عمر ١٢) ثم الارتفاع (العمران ١٣، ١٤) فالانخفاض (عمر ١٥). أما في عينة البنات فيبدأ المنحنى الارتقائي منخفضا (عمر ١١) ثم يرتفع ارتفاعا كبيرا (عمر ١٢) ويواصل ارتفاعه (عمر ١٣) فينخفض انخفاضاً كبيراً (عمر ١٤) وينتهى بارتفاع طفيف (عمر ١٥).



شكل (3) : المنحنى الارتقاقي للمياه لدى الأملج



شكل (4) : المبرج التكراري للنتائج الكلية

وبين جدول (٤) النتائج التي أسفر عنها البحث على عشر مجموعات تمثل خمس مراحل عمرية مختلفة من الجنسين.

جدول (٤) : المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) لمتغير القلق لدى عشر عينات مختلفة من الأطفال الذكور والإناث

المجموعة العمرية	ن	القلق لدى عينة الذكور		ن	القلق لدى عينة الإناث	
		م	ع		م	ع
١١ سنة	١١٠	٢٦,٩٥	١٥,٨٥	٩٩	٢٤,٣٥	١٧,٣٣
١٢ سنة	١٠٢	٢١,٧٥	١٢,٩٠	١١٧	٤٨,١٩	١٤,٩٧
١٣ سنة	١٥٠	٢٣,٧١	١٢,٨٨	١٠٧	٥٠,٧٤	١٣,٩٩
١٤ سنة	١٥٨	٢٦,٨٧	١٣,٧٧	١٣٩	٢٧,٢٠	١٦,١٤
١٥ سنة	١٢٥	٢٢,٠١	١١,٤٢	١٠٧	٣٠,١٨	١٥,٤٧

يتضح من جدول (٤) أن أعلى المتوسطات في متغير القلق لدى عينات الذكور للفئة العمرية ١١ سنة، يليها مباشرة الفئات العمرية ١٤، ثم ١٣، ثم ١٥، ثم ١٢ سنة. أما فيما يتعلق بعينة الإناث فكان أعلى متوسط للفئة العمرية ١٣ سنة يليها مباشرة الفئة العمرية ١٢، ثم ١٥، ثم ١٤، ثم ١١ سنة.

وملاحظ أن أعلى المجموعات العمرية من الذكور قلقاً، المجموعتان ١٤، ١١ عاماً. أما التفسير المقترح لارتفاع قلق مجموعة ١١ عاماً فغالبا

ما يرجع إلى جانب تعليمي، حيث دخل هؤلاء التلاميذ إلى المرحلة الإعدادية من المرحلة الابتدائية بعد الحصول على السنة الخامسة (وليس السادسة) مما يلقي عليهم عبئا مدرسيا وتحصيليا كبيرا بالمقارنة إلى غيرهم من التلاميذ، حيث كانوا أول مجموعة صادفت تغير النظام التعليمي في المرحلة الابتدائية في مصر. كما أن هؤلاء التلاميذ صغار السن والخبرة (١١ سنة) يتنافسون وأقران معهم غير أنداد لهم، ممن أنهوا السنة السادسة الابتدائية، ويدرسون المقررات ذاتها، وذلك مما يجعل قلقهم أمرا متوقعا. وتجدد الإشارة إلى أن هذا التفسير الذي ذكرناه في التو لم ينسحب على المجموعة العمرية ١١ عاما من الإناث، مما يشير إلى احتمال تدخل عوامل أخرى^(١٢٣)، وما يجد من تعميم النتائج من الذكور إلى الإناث.

أما حصول الذكور في المجموعة العمرية ١٤ عاما على متوسط قلق مرتفع، فقد يكون مرده إلى وصول هؤلاء التلاميذ إلى سن البلوغ مؤخرا، بما يتبعه من تغيرات عضوية وفيزيولوجية وهرمونية يكون لها أثرها على الجوانب الانفعالية. وقد دلت البحوث على أن متوسط سن البلوغ لدى الفتيان المصريين $= ١٣,٧٣ + ١,٢٤$ عاما^(١٢٤).

وفيما يتعلق بالإناث فإن أعلى المجموعات العمرية قلقا هما المجموعتان ١٣، ثم ١٢ عاما، فقد حصلت كل منهما على متوسط مرتفع تماما ($٥٠,٧٤$ ، $٤٨,١٩$ على التوالي) إلى الدرجة التي بلغ فيها متوسط كل منهما على حدة ضعف متوسط المجموعة العمرية ١١ عاما من الإناث ($٢٤,٣٥$). والجدير بالإشارة أن المرحلتين العمريتين ١٣، ١٢ عاما لدى الإناث يوافقان سن البلوغ إلى حد كبير. فقد كشفت إحدى الدراسات المصرية أن سن البلوغ لدى الفتيات يتراوح بين ١١-١٧ عاما بمتوسط قدره $١٣,٤٣ \pm ١,٠١٨$ ^(١٢٥). على حين أسفرت دراسة أخرى^(١٢٦) عن متوسط لسن البلوغ قدره $١٣,٥١ + ٢,٦٦$ وعن مدى يتراوح بين ١٦، ١١ عاما.

ومن الأهمية بمكان أن نذكر أن الفروق في متوسطات القلق بين مجموعتي الذكور ١٤،١١ عاما وبقية مجموعات الذكور لا يصل إلى الفروق الكبيرة في متوسطات القلق بين مجموعتي الإناث ١٣،١٢ عاما وبقية مجموعات الإناث، ذلك أن التفارب في متوسطات القلق بين مجموعات الذكور أكثر بكثير بالمقارنة إلى نظيره لدى مجموعات الإناث. ويتصل ذلك بملاحظة أهم، وهي أن مدى متوسطات القلق لدى الذكور (من ٢٦-٢١ تقريباً) أقل بكثير من نظيره لدى الإناث (من ٥٠-٢٤ تقريباً) (انظر جدول ٤). كما يرتبط ذلك بملاحظة ثالثة وأخيرة مؤداها أن تباين درجات المجموعات الخمس من الإناث (كما يقاس بالانحراف المعياري) أعلى من نظيره لدى الذكور إذا قورنت كل مجموعة عمرية بنظيرتها. وينسحب ذلك على كل مقارنة (انظر جدول ٤). وهذه الملاحظات المتكررة جديرة ببحث منفرد.

وقد تم حساب تحليل التباين في اتجاه واحد لدى المجموعات الخمس من الذكور (انظر جدول ٥) ونظيره عند الإناث (انظر جدول ٦) كل على حدة.

جدول (٥) : تحليل التباين لتغير القلق
لدى هيئة من الأطفال الذكور (ن = ٦٤٥)

المصدر	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط مجموع المربعات	نسبة ف
بين المجموعات	٤	١٨٤,٢١٥	٧٩٦,٠٥٤	٤,٤٣٦**
داخل المجموعات	٦٤٠	١١٤٨٥٦,١٧٩	١٧٩,٤٦٣	

** نسبة ف جوهريه عند مستوى ٠.٠١ عندما تكون $\leq ٣,٣٦$

جدول (٦) : تحليل التباين لتنغير القلق
لدى عينة من الأطفال الإناث (ن = ٥٦٩)

المصدر	درجات	مجموع	متوسط	نسبة الف
بين المجموعات	٤	٦٨٣٦٨,٤٦٦	١٧٠٩٢,١١٦	٧٠,١١٣**
داخل المجموعات	٥٦٤	١٣٧٤٩١,٤٢٢	٢٤٣,٧٧٩	

** نسبة "ف" حرة عند مستوى ٠.٠١ عندما تكون $\chi^2_{0.01}$

** نسبة 'ف' جوهرية عند مستوى ٠.٠١ عندما تكون ≤ ٠.٣٦ .

ومن ملاحظة الجدولين (٦،٥) يتضح أن نسبتي 'ف' جوهريتان عند مستوى ٠.١. ويعنى ذلك أن هناك فروقا جوهرية في متغير القلق بين المجموعات العمرية من الذكور، وكذلك الإناث، ويمكن أن نفترض أن ذلك يعزى إلى تباين متغير العمر، حيث اشتملت هذه العينة على خمس فئات عمرية، تراوحت بين ١١ إلى ١٥ عاما لتلاميذ يدرسون في سنوات دراسية مختلفة في المرحلة الإعدادية، بالإضافة إلى أن الأطفال في هذه المراحل العمرية يقومون في مرحلتين مختلفتين من مراحل النمو وهما: الطفولة المتأخرة والمراهقة المبكرة، بما يستتبع ذلك من تغيرات متلاحقة، يترتب عليها فروق في القلق بين الأعمار المختلفة.

ومن ناحية أخرى فمن الأهمية أن نفحص جوهرية الفروق بين المتوسطات لدى المجموعات العمرية الخمس من الجنسين.

جدول (٧) : قيم "ت" لدلالة الفروق بين المجموعات
العمرية الخمس من الجنسين

درجات الحرية	القلق		مجموعات العمرية
	القيمة	الدلالة	
٢٠٧	١,١٢	غير حال	كور وإناث ١١ سنة
٢١٧	١٥,٦١	٠,٠٠١	كور وإناث ١٢ سنة
٢٥٥	١٥,٩٣	٠,٠٠١	كور وإناث ١٣ سنة
٢٣٠	٠,٢١	غير حال	كور وإناث ١٤ سنة
٢٩٥	٤,٥٩	٠,٠٠١	كور وإناث ١٥ سنة

بالنظر إلى جدول (٧) يتضح أن الفروق جوهرية إحصائياً بين كل لمجموعات العمرية من الجنسين، فيما عدا الفئات العمرية ١١، ١٤ سنة، حيث لم يظهر فرق جوهري بين مجموعتي الذكور والإناث في متغير القلق. الجدير بالذكر أن الإناث في الفئات العمرية الأربع : ١٢، ١٣، ١٤، ١٥ عاماً حصلن على متوسطات أعلى من الذكور في الفئات العمرية ذاتها، على حين حصل الذكور في المجموعة العمرية ١١ عاماً على متوسط قلق أعلى من نقرائهم في العمر من الإناث. وفي الواقع تعد هذه النتيجة متوقعة إلى حد كبير، حيث أسفرت نتائج العديد من الدراسات على الراشدين أن الإناث - سفة عامة - أكثر قلقاً من الذكور المناظرين لهن في العمر^(١٢٧).

وبما أن الفئات العمرية التي وقع اختيارنا عليها تندرج إما في مرحلة

المراقة المبكرة أو مقابل المراقة مباشرة (سن البلوغ) فإن التغيرات الجسمية والفيزيولوجية بما يترتب عليها من التغيرات الانفعالية التي تتعرض لها الإناث يغلب أن يكون لها تأثير كبير في زيادة معدل القلق لديهن أكثر من الذكور، لاسيما أن معدل النمو لدى الإناث في هذه المراحل يعد أسرع من

جدول (٨) : قيم *ت* بين متوسطات القلق
لدى المجموعات الخمس من الأطفال الذكور

ملل	المجموعات العمرية	القلق	
		قيم *ت*	الدلالة
١	١١ مقابل ١٢	١٠,٨٤	٠,٠٠١
٢	١١ مقابل ١٣	٢,٠٦	٠,٠٥
٣	١١ مقابل ١٤	٠,٠٤	غير دال
٤	١١ مقابل ١٥	٢,٧٥	٠,٠١
٥	١٢ مقابل ١٣	١,١٩	غير دال
٦	١٢ مقابل ١٤	٣,٠٠	٠,٠١
٧	١٢ مقابل ١٥	٠,١٦	غير دال
٨	١٣ مقابل ١٤	٢,٠٨	٠,٠٥
٩	١٣ مقابل ١٥	١,١٥	غير دال
١٠	١٤ مقابل ١٥	٣,١٨	٠,٠١

عند الذكور^(١٢٨)، وذلك نظرا لاحتمال حساسية الإناث أكثر من الذكور لهذه التغيرات. أما فيما يتعلق بعدم ظهور فروق بين الجنسين في المجموعة العمرية ١٤ سنة، فإن هذه المرحلة العمرية يمكن أن تعد مرحلة سكونية واستقرار نسبي في النمو، بالمقارنة إلى النمو في المراحل العمرية سائلة الذكر والتي كثيرا ما سميت بالمراحل "العاصفة"، ومن ثم تتقارب المتوسطات.

يتبين من جدول (٨) ظهور فروق جوهرية إحصائية بين المجموعات العمرية من الذكور في ٦٠٪ من المقارنات، وهي الحالات الست التالية : حصل تلاميذ الفئة العمرية ١١ عاما على متوسط قلق أعلى من نظرائهم في الفئة العمرية ١٢، ١٣ عاما، وكذلك ١١ عاما أعلى من ١٥، ١٤ أعلى من ١٢، ١٤ أعلى من ١٣، ١٤ أعلى من ١٥.

ومن الملاحظ أن أعلى فروق بين الجنسين توجد في المرحلتين العمريتين ١٣، ١٢، حيث بلغت متوسطات القلق لدى الإناث في كل مجموعة أكثر من ضعف متوسطات الذكور (م = ٥٠,٧٤ مقابل ٢٣,٧١ في المجموعة العمرية ١٣ عاما، م = ٤٨,١٩ مقابل ٢١,٧٥ في المجموعة العمرية ١٢ عاما) (انظر جدول ٤، جدول ٧) ويرجح أن يرجع ذلك إلى أن عمر ١٣، ١٢ عاما يتفق مع سن البلوغ لدى الإناث^(١٢٩). وقد ظهر من دراسات عديدة أن النساء أكثر قلقا - في المتوسط - من الرجال كما قدمنا، وتمت البرهنة على النتيجة ذاتها لدى الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين ٧، ١٥ عاما فحصلت الإناث على درجات أعلى من الذكور، ومن ثم يعد ذلك مؤشرا واضحا على أن الفروق بين الجنسين في القلق تظهر بوضوح منذ وقت مبكر من العمر وتستمر في المراحل التالية كذلك^(١٣٠).

جدول (٩) : قيم «ت» بين متوسطات القلق
لدى المجموعات الخمس من الأطفال الإناث

سلسل	للمجموعات العمرية	القلق	
		قيم «ت»	الدلالة
١	١١ مقابل ١٢	٢,٦١	٠,٠٠١
٢	١١ مقابل ١٣	١,٨١	غير دال
٣	١١ مقابل ١٤	١,٣١	غير دال
٤	١١ مقابل ١٥	٢,٥٥	٠,٠٥
٥	١٢ مقابل ١٣	١,٣١	غير دال
٦	١٢ مقابل ١٤	١٠,٧٠	٠,٠٠١
٧	١٢ مقابل ١٥	٨,٨٥	٠,٠٠١
٨	١٣ مقابل ١٤	١١,٩٩	٠,٠١
٩	١٣ مقابل ١٥	١٠,٢٠	٠,٠٠١
١٠	١٤ مقابل ١٥	١,٤٤	غير دال

بالنظر إلى جدول (٩) يتضح أن متوسط درجات القلق لدى إناث المجموعات العمرية الثلاث : ١٢ ، ١٣ ، ١٥ عاما أعلى من ١١ عاما. وكذلك ١٢ أعلى من ١٤ ، ١٢ أعلى من ١٥ ، ١٣ أعلى من ١٤ ، ١٣ أعلى من ١٥ ، وذلك بدرجة جوهرية إحصائية.

ويمكن تفسير الفروق بين عينات الذكور، وكذلك الإناث على ضوء ثلاثة عوامل رئيسة وهى :

أ - عامل السن.

ب - عامل النمو والحبرة.

ج - عامل المستوى التعليمى.

فيما يختص بعامل السن فقد وقع اختيارنا على خمس فئات عمرية تراوحت بين ١١، ١٥ سنة، لتسوع خمس سنوات فى غاية من الأهمية بالنسبة الى الفرد نظراً لما يعتره خلالها من تغيرات كثيرة تشمل كافة مظاهر النمو، اذ يقع هذا المدى فى مرحلتين من أهم مراحل النمو وهما : مرحلتا الطفولة المتأخرة والمراهقة المبكرة متضمنة سن البلوغ، متتية بمرحلة المراهقة الوسطى والتي تمثل إحدى دعائم النمو الجسمى والعقلى، وتعد المرحلة الأخيرة مرحلة استقرار نسبي فى التغيرات التى تتتاب المراحل^(١٣). ويصاحب هذا النمو العقل والجسمى تقدم فى المستوى التعليمى عبر السنوات الدراسية الثلاث للمرحلة الإعدادية، ويعد ذلك فى حد ذاته أحد العوامل التى يمكن أن تؤثر فى مستوى الفلق.

وأخيراً وليس آخراً - فلا بد أن ننظر إلى نتائج هذه الدراسة على ضوء العينات المستخدمة، فالعناات العمرية الخمس التى وقع اختيارنا عليها تقع فى مرحلة حرجة من مراحل النمو. والنمو هنا لا يقتصر على النمو الجسمى ولكنه يتضمن كافة جوانب النمو التى تطرأ على الإنسان. وبما أن عينة الدراسة اشتملت على خمس فئات عمرية متدرجة فى النمو (١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٥ عاماً)، كما أن كل فئة عمرية تعد مرحلة انتقالية، فإن المتوقع نتيجة لذلك أن تتأثر الحالة الانفعالية، ويتغير معدل الفلق - زيادة أو نقصاناً - كلما انتقلنا من مجموعة عمرية إلى أخرى. وهذا ما أسفرت عنه

الدراسة. فقد ظهرت فروق واضحة في بعض الفئات العمرية و الجنس الواحد.

أما فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين في متغير القلق (متوسط الإناث أعلى جوهرياً من الذكور في ثلاث من الفئات العمرية الخمس) فإن ذلك يتفق مع عديد من البحوث السابقة من أن الإناث أكثر قلقاً من الذكور بصفة عامة وأن التغيرات الجسدية والنفسية التي تتاب الأثنى في هذه المرحلة تأخذ شكلاً أكثر وضوحاً من الذكور، وهذا أدى إلى أن تكون أكثر قلقاً. ولعل عدم توعية بعض الأمهات لبناتهن - ولا سيما عند وصولهن لسن البلوغ - بأنهن على مشارف دورة الحيض يجعلهن أكثر قلقاً وتوتراً، حيث لا يتحدث تمهيد لهذه التغيرات الحيوية لديهن في غالب الأحوال.

ونتقل الآن إلى عرض الدراسة الثانية.

٤ - تطور القلق من المراهقة حتى الشيخوخة

تهدف هذه الدراسة^(١٣٦) إلى فحص تطور القلق بين أربع مجموعات عمرية من الجنسين في المراحل الآتية: المراهقة، بدايات الرشد، أواسط العمر، الشيخوخة. هذا فضلاً عن فحص الفروق في القلق بين الجنسين في كل مرحلة عمرية.

المنهج

(أ) العينات

اختيرت ثمانى عينات (ن=١١٢٣) لتمثل أربع مراحل عمرية من الجنسين (انظر جدول (١٠) لبيان م، ع لأعمارها)، وهى كما يلى :

١ - المشاركون

وهم من تلاميذ (ن=٢٢٥) المدارس الثانوية العامة الحكومية وتلميذاتها (ن=٢٢٤)، بمنطقة وسط الاسكندرية التعليمية، جمهورية مصر العربية.

٢ - طلاب الجامعة

اختيرت مجموعة من طلبة (ن=٢٠٢) جامعة الاسكندرية وطالباتها (ن=٢٠٢) من ثلاث كليات هي : الآداب والزراعة والهندسة.

٣ - الموظفون

وتشمل هذه العينة على ٨٠ موظفا، ٦٧ موظفة من المستخدمين الحكوميين في وظائف : التدريس، الخدمة الاجتماعية، المحاسبة، الهندسة، الأعمال الكتابية، السكرتارية.

٤ - المسنون

تتكون هذه العينة من ٦١ رجلا، ٦٢ سيدة من المسنين المقيمين - داخليا - في عدد من دور الرعاية الاجتماعية في مدينة الاسكندرية.

(ب) الأداة

مقياس سمة القلق

وضع «سيليجر» وزملاؤه^(١٣٣) قائمة القلق : الحالة والسمة - State Trait Anxiety Inventory (STAI)، وتشتمل على أربعين بنداً، يقيس نصفها حالة القلق Anxiety State والنصف الآخر سمة القلق Anxiety Trait. وتعتمد

هذه القائمة على التفرقة بين الفلق بوصفه حالة مزمنة ثقيلة متغيرة، والفلق من حيث هو سمة أساسية في الشخصية. وقد استخدم في هذه الدراسة مقياس سمة الفلق فقط، ذلك أن الاهتمام في هذه الدراسة ينصب على الفلق بوصفه سمة دائمة إلى حد كبير. وقد استخدمت الطبعة المنقحة الصادرة عام ١٩٨٣ (الصورة ١٣١).

وقد ظهر أن لهذه القائمة ثباتا وصدقا مرتفعين على عينات أمريكية وعربية : مصرية وسعودية وكويتية وقطرية ويمنية ولبنانية^(١٣).

طبعة المقياس

من المعروف أن كبار السن يعانون غالبا من مشكلات في البصر، يترتب عليها صعوبات في القراءة وبخاصة إذا ما كانت حروف الطباعة صغيرة. ونجنا لهذه المشكلة فقد تم تكبير الحروف - وبالتالي الأوراق - التي قدمت لكبار السن، على حين ظل حجمها عاديا بالنسبة لبقية المجموعات.

(ج) تطبيق المقياس

طبق المقياس في موقف قياس جمعي : مجموعات صغيرة في عينات المسنين وأواسط العمر، ومجموعات كبيرة في عينات المراهقين وطلاب الجامعة.

(د) التحليل الاحصائي

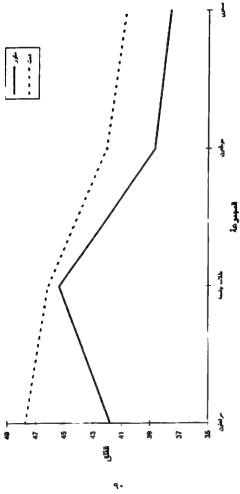
حسب المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل عينة على حدة، ثم حسب اختبار «ت» لتحديد جوهرية الفروق بين المتوسطات، ويلاحظ أن أحد شروط اختبار «ت» هو تقارب حجم العيتين، ولم يتحقق هذا الشرط

لـ بعض الحالات، ومن ثم تم استبعاد أجزاء من العينات الكبيرة (الحالات لأخيرة)، وذلك حتى تساوى الأحجام. ولكن عدم تغير النتائج جعلنا نستخدم الأحجام الأصلية للعينات.

النتائج ومناقشتها

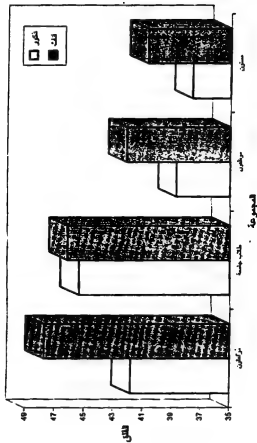
يبين شكل (5) المنحنى الارتقائى للقلق لدى المجموعات الثمانى من خنسين، ويبين شكل (6) المدرج التكرارى للمجموعات ذاتها.

ويتضح من الشكلين (5، 6) أن أعلى المجموعات قلقا فى عينة الذكور هم طلبة الجامعة، وأقلهم السنون. وأعلى مجموعات الإناث قلقا المراهقات، وأقلهن السنات. والفروق جوهرية إحصائيا بين الجنسين فى حالتى المراهقين والموظفين فقط. ويتناقص متوسط القلق لدى عينات الإناث بشكل منسق تماما بارتفاع أعمار المجموعات، والأمـر ذاته فى عينات الذكور إلا من استثناء واحد هو متوسط المراهقين الذى يقل عن متوسط طلبة الجامعة.



شكل (5) : المنحنى الارتكاسي للقلق لدى كربع مجموعات

شكل (6) : المدرج التكراري للثقل لدى كربع مجموعات



والاستنتاج الذي ينسحب على الجنسين غاما هو أن القلق يزداد في مرحلتى المراهقة وبدايات الرشد، على حين ينخفض في مرحلتى أواخر العمر والشيخوخة.

وبين جدول (١٠) المتوسطات الحساسة والانحرافات المعيارية للقلق فضلا عن متغير العمر، لدى العينات الثماني من الجنسين.

جدول (١٠) : المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) لكل من: العمر وسعة القلق لدى ثمانى عينات مختلفة من الجنسين

المجموعة	ن	العمر		سعة القلق	
		م	ع	م	ع
مراهقون	٢٢٥	١٥,٣٩	٠,٧٢	٤١,٨٠	٨,٢٩
مراهقات	٢٢٤	١٥,٤٥	٠,٨٤	٤٧,٧٣	٩,٠٨
طلبة جامعة	٢٠٢	٢١,٥١	١,٨٠	٤٥,٣٦	٩,٣٣
طالبات جامعة	٢٠٢	٢٠,٧٧	١,٣٠	٤٦,١٤	٩,٢٤
موظفون	٨٠	٣٦,٧٢	٦,٠١	٣٨,٦٩	٧,٨٨
موظفات	٦٧	٣٤,٧٦	٥,٥٢	٤٢,١٠	٨,٣٩
مسنون	٦١	٦٨,٩٨	٨,٢٨	٣٧,٦١	٩,٣٠
مسنات	٦٢	٦٥,٣٥	٨,٠٩	٤٠,٧١	١٠,٩٧

وبين جدول (١١) قيم «ت» لاختبار جوهريّة الفروق بين متوسطات العينات الثماني مستوعبة كل الاحتمالات (وعددتها ٢٨ قيمة).

جدول (١١) : قيم "ت" بين متوسطات القلق لدى العينات الثماني

م	العينات	درجات الحرية	سمة	القلق	
			قيم "ت"	الدلالة	
١	مراهقون ومراهقات	٤٤٧	٧,٢١	٠,٠٠١	
٢	مراهقون وطلبة جامعة	٤٢٥	٤,١٧	٠,٠٠١	
٣	مراهقون وطالبات جامعة	٤٢٥	٥,١٠	٠,٠٠١	
٤	مراهقون وموظفون	٣٠٣	٢,٩١	٠,٠٠١	
٥	مراهقون وموظفات	٢٩٠	٠,٢٦	غير دال	
٦	مراهقون ومسنون	٢٨٤	٣,٣٩	٠,٠٠١	
٧	مراهقون ومسنات	٢٨٥	٠,٨٥	غير دال	
٨	مراهقات وطلبة جامعة	٤٢٤	٢,٦٥	٠,٠٠١	
٩	مراهقات وطالبات جامعة	٤٢٤	١,٧٩	غير دال	
١٠	مراهقات وموظفون	٣٠٢	٧,٨٨	٠,٠٠١	
١١	مراهقات وموظفات	٢٨٩	٤,٥١	٠,٠٠١	
١٢	مراهقات ومسنون	٢٨٣	٧,٦٥	٠,٠٠١	
١٣	مراهقات ومسنات	٢٨٤	٥,١٢	٠,٠٠١	
١٤	طلبة جامعة وطالبات	٤٠٢	٠,٨٤	غير دال	

تابع جدول (١١)

١٥	طلبة جامعة وموظفون	٢٨٠	٥,٦٣	٠,٠٠١
١٦	طلبة جامعة وموظفات	٢٦٧	٢,٥٣	٠,٠٠٥
١٧	طلبة جامعة ومسنون	٢٦١	٥,٩٠	٠,٠٠١
١٨	طلبة جامعة ومسنت	٢٦٢	٣,٢٨	٠,٠٠١
١٩	طالبات جامعة وموظفون	٢٨٠	٦,٣٣	٠,٠٠١
٢٠	طالبات جامعة وموظفات	٢٦٧	٣,١٦	٠,٠٠١
٢١	طالبات جامعة ومسنون	٢٦١	٦,٢٩	٠,٠٠١
٢٢	طالبات جامعة ومسنت	٢٦٢	٣,٨٥	٠,٠٠١
٢٣	موظفون وموظفات	١٤٥	٢,٥٢	٠,٠٠٥
٢٤	موظفون ومسنون	١٣٩	٠,٧٤	غير دال
٢٥	موظفون ومسنت	١٤٠	١,٢٧	غير دال
٢٦	موظفات ومسنون	١٢٦	٢,٨٥	٠,٠٠١
٢٧	موظفات ومسنت	١٢٧	٠,٨١	غير دال
٢٨	مسنون ومسنت	١٢١	١,٦٨	غير دال

وبالنظر في جدول (١١) نجد أن قيم «ت» الجوهرية عددها عشرون في مقابل ثمانى قيم غير جوهرية إحصائية. وتشير هذه النتائج إلى زيادة مستوى

سمة القلق في مراحل المراهقة وبدايات الرشد، وانخفاضه في مرحلة أواسط العمر، ويقل تدريجيا كلما تقدمنا نحو الشيخوخة. ويمكن تفسير ذلك على ضوء نتائج الدراسات السابقة، حيث يذكر "كانل" أن القلق يشيع في مرحلة المراهقة، ويقل كلما تقدم العمر، ثم يزداد ثانية بعد الخامسة والستين بسبب التقاعد عن العمل والمشكلات الصحية^(١٣). ولكن انخفاض القلق في مرحلة الشيخوخة لا ينسج مع ما يذكره "كانل". عل حين يرى "آبس دورفر" وزملاؤه^(١٣٧) أن القلق قد يكون عرضا لاضطرابات أخرى، كما قد يختلط إدراك القلق والتعبير عنه، فيظهر على شكل اكتئاب عندما تحدث إثارة للجهاز العصبي اللاإرادي أو التلقائي، ومن ثم يبدو أن كبار السن غالبا ما ينكرون الشعور بالقلق، وبدلا من أن يقصدوا الطيب النفس فإنهم يشكون من بعض الأعراض الجسمية.

كما يلاحظ من جدول (١٠) أن أعلى المجموعات قلقا مجموعة المراهقات يليها طالبات الجامعة، أما أقل المجموعات قلقا فهي مجموعة كبار السن ومجموعة أواسط العمر، وكلاهما من الذكور، يليهم المسنات. وأبرز النتائج في هذا الصدد انخفاض مستوى القلق لدى كبار السن.

والخلاصة أن للقلق ارتباطا وثيقا بالعمر، بيد أن أعراضه ومؤثراته تظهران بوضوح وجلاء شديدين في مرحلة المراهقة (وبخاصة لدى الإناث). ويزداد القلق في مرحلتى المراهقة وبداية الرشد، ولكنه يبدأ في الانخفاض في مرحلة أواسط العمر، ثم يأخذ في التناقص في السنوات الأخيرة من العمر.

ويتضح من الجدولين (١١، ١٢) فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين في المراحل العمرية المختلفة أن هناك فروقا بين عيى المراهقين والمراهقات فى القلق، وهذه الفروق جوهرية إحصائيا فيما وراء ٠٠,٠٠١، وهى فروق فى جانب المراهقات بمعنى أنهن أكثر قلقا. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات أخرى أجريت على المراهقين فى مجتمعات كثيرة، وأشارت إلى وجود فروق

جوهريه إحصائيا بين الذكور والإناث. ففي دراسة «أهلن» Ahlen على ٩٤٧ مرافقا ومرافقة في الأعمار من ١٢ - ١٥ سنة حصلت الإناث على درجات أعلى من الذكور على مقياس القلق الصريح للأطفال، وكانت الفروق بين الجنسين جوهريه إحصائيا عند مستوى ٠,٠١^(١٣٨).

سروفي دراسة «سيمانوف»^(١٣٩) على مرافقين ومرافقات من تشيكوسلوفاكيا، تراوحت أعمارهم من ١٣ - ١٥ عاما، حصلت البنات على درجات أعلى من الأولاد على مقياس القلق الصريح، وكانت الفروق بين الجنسين جوهريه إحصائيا عند مستوى ٠,٠٠١. وفي دراسة «كاتل»، شاير Cattell & Scheier^(١٤٠) على ٥٢٥ مرافقا ومرافقة في الأعمار من ١٢ - ١٧ عاما حصلت البنات على درجات أعلى من البنين على مقياس القلق IPAT، وكانت الفروق بين الجنسين جوهريه إحصائيا عند مستوى ٠,٠٠١.

ومن ناحية أخرى تشير النتائج الواردة في الجدولين ١٠، ١١ إلى عدم وجود فروق جوهريه في متغير القلق بين الجنسين من طلاب الجامعة، حيث لم تصل قيمتا «ت» إلى مستوى الدلالة الإحصائية.

كما نلاحظ أن هناك فروقا جوهريه بين الموظفين والموظفات في القلق، وهذه الفروق جيبا جوهريه إحصائيا عند مستوى ٠,٠٠٥، وهي فروق في جانب الإناث تشير إلى أنهن أكثر قلقا، مما يدل على أن الفروق بين الجنسين في القلق تركز على وجه الخصوص في مرحلتى المراهقة والرشد، ليس بسبب ظروف المراهقة الحسية والنفسية والاجتماعية فحسب، بل نتيجة تضافر مجموعة من العوامل الأخرى: ثقافية وبيئية وبيولوجية وفيزيولوجية، فضلا عن أن المرأة - في هذه المرحلة بالذات - تتجاذبها مجموعة من الأدوار التي تسبب لها ضغوطا شديدة «نتيجة للصراع بين مقتضيات دورها التقليدي من حيث هي أنثى ومقتضيات دورها المعاصر الذي لا يميز بينها وبين الرجل». ويبدو أن هناك تناقضا بين دورين موجودين فعلا في المجتمع، وأن لكل من

الدورير هدف يختلف عن هدف الآخر، وأن ما يتطلبه كل من الدورين من سمات شخصية يتعارض مع ما يتطلبه الدور الآخر في بعض المواقف، بحيث إن ما بعد مبدأ لأحدهم يصبح معوقاً للآخر، وأن التحقيق التام لأحدهما يهدد الآخر بالإحفاق^(١١١)

وبالرجوع إلى الجدولين ١٠، ١١ نلاحظ عدم وجود فروق بين الحسب في مرحلة الشبوخة ويمكن أن نفسر هذه النتيجة على ضوء ما أشار إليه «آيس دورفر» وزملاؤه^(١١٢) من أنه يمكن النظر إلى القلق لدى كبار السن من الحسب بوصفه عرضاً وجدانياً ينتج عن الشعور بالخوف أو الفزع الذي يحدث في مضائقه عنصر الرغبة في البقاء.

٥ - مناقشة عامة

سجنا في هذا المقام أن نورد الاستنتاجات العامة من هذ الدراسات، وفيما يختصر بتطور القلق لدى الأطفال نلاحظ - في معظم الحالات - أن هناك توازناً بين ارتفاع متوسط القلق وسن البلوغ وما قبله، فمن الطبيعي أن ترتفع معدلات القلق في هذه السن نظراً لما يصاحب سن البلوغ من تغيرات جسدية وفيزيولوجية وانفعالية.

ونجدر الإشارة إلى أن العمر السابق مباشرة لسن البلوغ الفعلي، أي بداية البلوغ وإرهاصاته هو أيضاً سن اضطراب وقلق، إذ يوقن الأولاد والنساء في هذه السن أن النصح وشيك الوقوع، مع ما يرتبط بالتغيرات التي تصرّ على الإنسان من قلق وضيق وغيرها من الانفعالات السلبية كما أن البلوغ لا يحدث بين يوم وبيله، ولكنه يستغرق وقتاً^(١١٣).

وتعزى النتيجة التي أسمرت عنها هذه السلسلة من الدراسات - فيما يخص الأطفال - مع ما يورده «ريشارد لن»^(١١٤) من أن الاستخبارات

تكشف عن ارتفاع حاد في القلق في مرحلة المراهقة، وهناك بعض المراهير التي تشير إلى أن هذا الارتفاع في القلق يعد حاداً لدى الإناث بوجه خاص. ويبدو أنه ليس من الصعب التعرف إلى أسباب هذا الارتفاع، إذ يواجه المراهق عالماً جديداً، ويتعين عليه أن يجابه كل أنواع المشكلات، ولذلك فإنه لأمر طبيعي تماماً أن يؤدي ذلك إلى ارتفاع مستوى القلق^{١٠٠}، ونجيب الإشارة في هذا الصدد إلى أن الانتحار لدى الأطفال نادر للغاية، وذلك حتى سن البلوغ، ويبدأ حدوثه فقط - عند أي معدل - أثناء مرحلة المراهقة. وربما يكون ذلك علامة أخرى على ارتفاع القلق أثناء مرحلة المراهقة.

ومن ناحية أخرى فيجب ألا نهون من تأثير الصعوبات التعليمية في زيادة معدلات القلق والاضطراب بوجه عام، فلاحظ أن الأعمار الأصغر (١١، ١٢ و١٣) تشيخ أكثر في بداية مرحلة الدراسة الإعدادية، مع ما صاحب ذلك من صعوبات تعليمية ومشكلات تكيفية تنعكس أثرها على معدلات اضطراب الأولاد والبنات.

كما تجدر الإشارة في هذا الصدد إلى التطبيقات العملية لثل هذه النتائج، إذ يتعين الاهتمام بالنشر في هذه المرحلة المهمة من العمر، ونقصد بداية البلوغ وما قبله، مع ضرورة تقديم يد العون لهم من لدن خبير بأمورهم وبطبيعة المرحلة التي يمرون بها، وقد يبدأ العون من مجرد إمداد نصيح بسيط، مروراً بتصويب معلوماتهم، حتى تقديم إرشاد نفسي على أسس علمية لهم. وإن الاهتمام بالنشر في هذه المرحلة قمين بأن يجنبهم الجانب الأكبر من صعوبات هذه المرحلة ومشكلاتها، ولا يخفى ما لذلك من أثر على نفسية النشر وحسن توافقه، وذلك حتى يفرغ للتحصيل والإنجاز دون أن تعوقه مشكلات التكيف.

وإذا صعدنا درجاً إلى الأعمار الأكبر: المراهقة وبدايات الرشد وأواسط

العمر والشبخوخة، فسوف نجد الأعمار الأصغر (المراهقة وبدايات الرشد) تتم بمتوسط الدرجات الأعلى من القلق. ويمكن أن نفسر ذلك بأن هاتين المرحلتين تتسمان بمشكلات تكيفية أكثر من غيرها من المراحل، ويأتي في صدر هذه المشكلات: المشكلات التعليمية، ذلك أن أفراد هاتين المجموعتين يدرسون في المرحلتين الثانوية والجامعية، ولا يخفي مالهما من أهمية في تحديد مستقبل الشاب في هذه السن. فضلا عن أن هذه السن أيضا ذات مشكلات اجتماعية ونفسية محددة أهمها أنه على الرغم من نضج الشاب جسديا فإنه معتمد على ذويه لا يستطيع غالبا الاستقلال عنهم، فلا يمكنه في الغالب من الاحوال مجرد أن يقيم أود نفسه، برغم رغبته في الانفصال عن أسرته، وغنيه أن يستقل عنها، وإعلاته ذلك في حالات معينة *

أما مرحلة أواسط العمر (عينة الموظفين) فهي أكبر مرحلة خالية نسيا من الاضطراب، ويتسق ذلك مع نتائج «ريمووند كاتل»^(١١٠) عن القلق ويرجع ذلك إلى أن هذه المرحلة غالبا هي مرحلة تحقيق الآمال وجني الثمار. فغالبا ما يكون «الرجل أو المرأة» في هذه المرحلة قد حقق غالبية أمانيه من النواحي المهنية والاقتصادية والأسرية. والملاحظ أن كل أفراد هذه العينة الذين كانوا يعملون عملا حكوميا، متزوجون. وعلى الرغم من أنه لا يمكن القول بأن مصادر المشكلات قد انتهت لدى الأفراد في مرحلة أواسط العمر، فإنه يمكن القول: إن عدد هذه المشكلات وحدثها أقل إلى حد بعيد من غالبية الأفراد في بقية المراحل: ممن يدرسون ولا يعملون (طلاب الثانوي والجامعة)، ومن يقيمون في دور للرعاية (عينة المسنين).

وتتفق نتائج هذه الدراسة - في جانب من الجوانب - مع ما يورده «ريتشارد لن»^(١١١) من أن القلق يبدأ في الانخفاض أو التناقص بصورة تدريجية من حوالي سن العشرين وحتى سن الستين أو نحوها وقد أوضح «كاتل» هذا الانخفاض في الولايات المتحدة، كما بينه «أيزنك» في إنجلترا.

ومن السهل أن نفهم السبب في هذا الانخفاض في هذه المرحلة بأن الفرد يستطيع أن يتعلم - بمرور السنين - كيف يكافح في عالم الكبار ، حتى يصبح هذا العالم أكثر ألفة وأقل إزعاجاً . ويفسر بنظرية الإشرائط Conditioning علوه مبدأ « بافلوف » المتعلق بالانطفاء أو التضاؤل Extinction .

وفضلاً عن ذلك فهناك سبب آخر محتمل لانخفاض القلق تدريجياً عبر سنوات الرشد . ويتمثل في أن الأفراد يصبحون قادرين على استخدام عقولهم للتحكم في قلقهم . ويتم ذلك بطريقتين : أولهما أن الفرد يؤكد لنفسه - عن طريق الخبرة - أن الأزمات التي يواجهها في مرحلة الرشد هي من النوع الذي يجب أن يكون قادراً على التغلب عليه في الوقت المناسب . وثانيهما أن الفرد يستخدم عقله وخبرته كي يتجنب المواقف التي أصبح يعلم عنها أنها غير سارة ومثيرة للقلق .

ومن ناحية أخرى فإن مرحلة الشيخوخة أو العمر المتقدم ترتبط دائماً بالمشكلات الصحية والنفسية ، ذلك أن غالبية الوظائف العقلية والنفسية والقدرة على التكيف لا تصبح كما كانت من قبل ، فغالبا ما نسو الصحة الجسمية وما يرتبط بها من صحة نفسية ، وتكثر الشكوى من أشياء كثيرة . ولكن نتائج هذه الدراسة لا تؤكد ذلك ، فالمسنون من الجنسين لهم (كل منهم في الجنس الخاص به) أقل متوسط في القلق . ومع ذلك فلدى المسنين من الجنسين متوسط مرتفع في الاكتئاب^(١١٧) .

ويبدو أن الخبرات وطبيعة الحياة في دور الرعاية التي كان أفراد هيئة المسنين مودعين بها تثير لديهم أكبر قدر من الاكتئاب ، مع عدم تغييرها لمعدل القلق لديهم (وإذا ما فرقنا بين القلق والاكتئاب على أساس عنصر الزمن ، فالقلق متصل بالمستقبل . على حين أن الاكتئاب متعلق بالماضي ، لأننا نفسر ارتفاع اكتئاب المسنين (الحزن على ما فات) وانخفاض القلق في العمر

المقدم (عدم القلق هل ما هو آت). لقد أمنت لهم دور الرعاية التي كانوا يقيمون فيها إبان اجراء الدراسة عليهم - إلى حد كبير - إشباع الحاجات الأساسية في مغزل أبائهم، ولكن ظروف الإقامة فيها لم تسهم اليكاء على الأطلال والدمن، ولا الحزن على ما لم يحصلوه في سالف أبائهم، وما فشلوا في إنجازه على المستوين: الشخصي والأسرى. ويمكننا أن نتوقع أن عددا من هؤلاء الأفراد في مجموعة المسنين قد واجهوا نوعا من القشل الاجتماعي الأسرى، إلى الدرجة التي أودعهم فيها أبناءهم هذه الدور لرعاية المسنين. وقد يرتبط هذا النوع من القشل - لدى بعض الحالات - بعدم الإلتجاب، أو عدم اهتمام الأبناء برعاية المسن في مكان إقامته الطبيعي، أو عدم توافر المسكن المستقل... وغير ذلك من الظروف والحالات المثيرة للاكتئاب والحزن والانتقاض.

النتيجة العامة لهذه الدراسة إذن - فيما يخص المسنين - أنه ليس شرطا أن تجتمع في العمر المتقدم جميع ضروب الاضطراب وأنواعه.

وتتفق النتيجة الخاصة بحصول الإناث على متوسط درجات أعلى من الذكور في مقاييس القلق مع عديد من الدراسات السابقة^(١١٨) وقد فسرت هذه الفروق تفسيرات شتى، منها أن الإناث أكثر استعدادا للتعبير عن الاضطراب بالمقارنة إلى الذكور، وذلك لاختلاف طرق التنشئة الاجتماعية لكل منهما، تلك التنشئة التي لا تشجع الطفل الذكر والصبي (والراشد من بعد) على الاعتراف بجوانب التقص، إذ يفترض فيهم الشجاعة والصبر والجلد بالنسبة إلى الإناث. ويتسق هذا التفسير مع الخطوط العامة للتفسير الذي يقدمه «ريشارد ن»^(١١٩) لارتفاع متوسط درجات الإناث على الذكور في مقاييس الاضطراب بعامة، والقلق بخاصة، ويشمل هذا التفسير البيئي في ميل الآباء إلى حماية صغار البنات أكثر من صغار الأولاد، حيث تتوافر بعض الأدلة على أن الحماية تمنع الطفل من التعرض للمواقف الخطرة. وتكون النتيجة أن يصبح الطفل مبالا إلى ألا يتعلم أن يتغلب على مخاوفه المتعلقة

بالخبرات الجديدة أو التحديثات. ويصبح كما هو معروف وشائع بأنه بحث
أو كالاتات.

ونظرا لعمومية الفروق بين الجنسين في مقاييس القلق (متوسط الإناث
أعلى) فقد افترض عدد من الباحثين أن هناك أساسا فطريا بيولوجيا لهذه
الفروق، فيذهب « رينشارد لن^{١٠٠}» إلى أن هذه الفروق الفطرية قد نمت
أثناء عملية التطور وذلك لأن لها قيمة تكيفية في الصراع من أجل البقاء.
وقد تطورت خواص إنسانية كثيرة بهذه الطريقة ، وأكثرها احتمالية تلك
التي ظهرت في إنسان ما قبل التاريخ، الذي كان يعيش في مجموعات
صغيرة، كما تفعل القرود والنسائيس هذه الأيام، فيذهب الرجال
للصيد والحرب، على حين تمكث الإناث خلفهم لرعاية الأطفال. ويدور أن
الرجال لم يكونوا على درجة عالية من القلق عند قيامهم بأعمالهم الخطرة
هذه. ومن ناحية أخرى إذا كانت الإناث أقل قلقا ويتعاون مع الذكور
فربما رغبن في أن يشاركن الذكور، وبما أنهن أضعف جسميا فهن أكثر
عرضة للقتل. وهكذا فإن الإناث اللاتي يتميزن بالقلق يمكن أن يفضلن
المكوث في المنزل ، فيكون احتمال بقائهن على قيد الحياة أكبر ، وينجين
الأطفال. ويمكن أن تكون هذه العملية الانتقائية قد استمرت عبر ملايين
السنين، وجعلت للإناث مستوى مرتفعا من القلق. وليس من اليسور -
من وجهة نظرنا - الثبوت من مثل هذه التفسيرات التأملية التي قدمها
«رينشارد لن^{١٠٠}».

هناك إذن تفسيران للفروق الجوهرية بين الجنسين في اتجاه حصول
الإناث على متوسط أعلى، أولهما: تفسير بيئي اجتماعي، وثانيهما:
بيولوجي فطري. ومع ذلك نحمد الإشارة إلى إمكان تفسير هذه الفروق على
نحو التفاعل بين عاملي الوراثة والبيئة، وقد يكون ذلك أقرب إلى الصواب.

خاتمة

لقد أطلق على هذا العصر الذي نعيشه صفات عديدة من بينها أنه «عصر القلق» فهل هو حقاً عصر القلق؟ لقد زادت الصراعات بين الدول، وتفاقمت بؤر الحروب الإقليمية المحدودة. ولكن هذه الصراعات وتلك الحروب لم تصل - في العقود الأربعة الأخيرة - إلى حرب عالمية، ومنذ الحرب العالمية الثانية التي وضعت أوزارها في العقد الخامس من هذا القرن لم نغم أخرى شاملة، ولا يلوح الآن في الأفق القريب أن نمة مقدمات لها ولا إرهابات بها. وعلى الرغم من أن احتمال نشوبها في هذا العقد احتمال ضئيل، فإن احتمال قيامها أو التهديد بها كان كبيراً في عصر «الحرب الباردة» وقبل التغيرات الجذرية في المسكر الشرقي. كما يجب ألا ننسى أن هذا القرن قد شهد حربين عالميتين طاحنتين.

أليست الحرب انعكاسات لمشكلات عديدة: اقتصادية وسياسية وجغرافية وحدودية ونفسية؟ بل: فإن الحرب قمة الصراع، تتضافر فيها عوامل شتى، وتسببها متغيرات عديدة متفاعلة، وتنجم عن عوامل موضوعية وذاتية متداخلة. ولا ريب في أن للجوانب النفسية - وعلى رأسها الانفعال، وفي صدرها الغضب والقلق - دوراً فعالاً ومؤثراً في هذا الصدد.

هذا عن العنف على مستوى دولي، فماذا عن العنف الفردي؟ إن الملاحظ أن العنف يتزايد - على مستوى فردي - في ثقافة اليوم عن ذي قبل، ولا ريب في أن لوسائل الإعلام وبخاصة التلفزيون دخلاً في ذلك، فضلاً عن ألعاب الاطفال العدوانية. ومن الممكن أن نفترض أن لانفعالات الغضب والقلق دوراً في هذا المقام.

هل تزايد معدل القلق الآن إذن عن ذي قبل؟ الحق أن الصراعات والحروب والتوترات لم تقطع خلال أي عصر من عصور البشرية، وكذلك العنف الفردي إلى حد بعيد. ناهيك عن الأوبئة والمجاعات والأمراض التي لم يعرف لها علاج في العصور السابقة. ولسوء الطالع فلم يكن هناك مقياس للقلق في هذه الأزمان الماضية، فليس من الميسور المقارنة إحد بين عصريين.

ولكن الملاحظ في هذا العصر أن الضغوط الواقعة على الإنسان كثيرة ومتزايدة، مع التكاليف على جني ثمار الحضارة المادية، وضعف العلاقات الإنسانية، والتنافس المحموم بين الأقران في جوانب عدة، وتدهور القيم في مناطق كثيرة من عالم اليوم، مع غلبة القيم المادية وتناقص أهمية القيم الدينية، وصراع القيم، وصراع الأجيال... أليست كل هذه المؤثرات مبيات للقلق من ناحية، ودلائل على عصر القلق المتزايد من ناحية أخرى؟ ليس من السهل الإجابة عن هذا السؤال اعتمادا على أسس عملية تقارن بين مختلف العصور التاريخية.

ومن الأهمية بمكان أن نشير إلى نقطة نفسية على درجة كبيرة من الأهمية، وهي أن الإنسان الفرد - خلال عمره - يميل عادة إلى أن يضخم من عيوب الحاضر، ويرون من عيوب الماضي. ذلك أن الإنسان يسي ما يؤلمه من ذلك الماضي، ويحفظ له غالبا بصورة براقية مشرقة زاهية، لاثوبيا شائبة: إن كثيرا منا يحفظ بذكريات سعيدة عن سنن المدرسة في السنين الخمسة، ناسيا أو متناسيا ما كان بها من واجبات ومشقات وتكليفات...

وبرغم كل هذه التحولات، ومع جل هذه الاحترازاات، فإن كثيرا منا يميل - على أسس ذاتي - إلى الاعتقاد بأننا نعيش حقا «عصر القلق»، وهذا مايراه فعلا كاتب هذه السطور، نتيجة لأسباب متعددة، وشواهد عديدة، اعتمادا على ملاحظات متكررة.

ومن بين هذه الشواهد أن كثيرا منا يلاحظ تدهور القيم السامية ونقص الأخلاق الرفيعة وشيوع القيم المادية في هذا العصر. ولارب في أن بين تدهور الاخلاق وارتفاع معدل القلق علاقة وطيدة ورابطة متينة، عل الرغم من الدور الكبير الذي تقوم به الاخلاق في صنع الرجال وتقدم الأوطان.

وسواء أكان القلق اليوم مرتفعا أم منخفضا بالمقارنة إلى عصور مضت وانقضت، فإن مستواه أو معدله الآن لا يكون (ولا يمكن أن يكون) على وثيرة واحدة على اختلاف الأعمار. فقد أسفرت هذه الدراسة العملية الواقعية، عن أن مستوى القلق يزداد لدى الاطفال في سن البلوغ وحوله (وبخاصة قبله مباشرة). ومن الطبعي أن يزداد القلق في هذه السن نظرا لما يصاحب سن البلوغ من تعبرات جسدية وفيزيولوجية ونفسية شتى.

ومن ناحية أخرى فقد كشفت هذه الدراسة العملية على المجموعات المتعددة من المراهقة إلى الشيخوخة، أن القلق يزداد في مرحلتي المراهقة وبدايات الرشد، على حين ينخفض في مرحلتي أواسط العمر والشيخوخة. مع ارتفاع متوسطات القلق لدى الإناث بالمقارنة إلى الذكور بوجه عام.

ومع كل ذلك فيجب ألا يخرج القارئ بانطباع مؤداه أن «القلق كله شر»، فإن ذلك يدخل في باب التعميم الخاطئ. فالحق أن قدرا من القلق السوي لازم للحياة العادية في كل عصر، شريطة ألا يكون هذا القدر كبيرا، فيعد القلق السوي في هذه الحالة دافعا، وينجم عنه الطاقة اللازمة لتحريك طاقات العقل المبدعة، وإمكاناته الخلاقة، مع قدر معقول من الاستمتاع باخياة والتصالح معها، والمعيش في سلام معها، لا مكابذتها والشقاء فيها وبها.

فأما القلق المرضي فإنه نعمة على الفرد، فقد يعوق دوافع الفرد وحسن

أدائه وسعادة نفسه، هذا فضلا عن عديد من الأعراض النفسية والجسمية أو
الشجسية المختلفة التي تزعج الإنسان وتقض مضجعه.

وفي غمار القلب بين ما يمكن أن نسمي: «نعمة القلب» و«نقمة
القلب» لا يجد الإنسان الفرد مناصا من الدعاء الكريم: «ربنا ولا تحملنا ما لا
طاقة لنا به». صدق الله العظيم.

الهوامش والمصادر

١ - انظر للتفصيل : الفقرة ٩ - أ من الفصل الأول.

٢ - راجع :

Coleman, J.C. (1964) Abnormal psychology and modern life. California: Scott, 3rd ed, p.196.

وراجع أيضا المرجع الأحدث :

Coleman, J.C., Butcher, J.N. & Carson, R.C. (1980) Abnormal psychology and modern life, Glenview, Illinois: Scott, Foresman & Company, 6th ed.

وانظر أيضا لبيان معدلات انتشار القلق في احصاءات أحدث : الفقرة العاشرة من الفصل الأول.

٣ - انظر :

Lief, H. I (1967) Anxiety reaction. In A.M. Freedman H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.) Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, pp. 857-870.(p.857).

٤ - انظر :

Gordon, J.E. (1963) Personality and behavior. New York : Macmillan, p. 562.

٥ - راجع : مجمع اللغة العربية (١٩٨٥) المعجم الوسيط. القاهرة : مجمع اللغة العربية، ج ٢، ص ٧٨٥.

٦ - لتفصيل ذلك راجع الفقرة الأولى من الفصل الثاني.

٧ - أورد هذه الفقرة: عمر الجارم، انظر:

El-Garem, O. (1970) Clear psychiatry. Cairo: Dar Al- Maaraf, p.63.

٨ - راجع: أحمد عزت راجع (١٩٦٤) الأمراض النفسية والعقلية: أسبابها وعلاجها وآثارها الاجتماعية. القاهرة: دار المعارف، ص ١٠٩.

٩ - انظر نقد «وولي» لهذا الاستخدام في:

Wolpe J. (1958) Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford: Stanford Univ. Press. p.83.

١٠ - انظر الهامش رقم ٣، ص ٨٦١.

١١ - انظر الهامش رقم ٨.

١٢ - راجع.

Spielberger, C.D. (1966) Theory and research on anxiety. In C.D.

Spielberger (Ed.) Anxiety and behavior. New York: Academic Press, pp.3-20 (p.17).

١٣ - وردت هذه النتائج لدى «ليفيت» منذ وقت مبكر، انظر:

Levitt, E.E.(1968) The psychology of anxiety. London: Staples. p.114.

١٤ - انظر:

American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed. rev.) Washington, D.C.:APA.

Weber, L., Di Clemente, C., Jobastone, E., Sanders, J. & Perley, R. (Eds.) (1981) DSM III training guide. New York: Brunner.

١٥ - راجع:

Kaplan, H. & Sadock, B. (1991) Synopsis of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 6th ed.

وقد فصل هذه الفكرة فيما بعد: روبرت روزنتال R. Rosenthal

١٦ - راجع :

Spielberger, C.D. (1972) Conceptual and methodological issues in anxiety research. In C.D. Spielberger (Ed.) Anxiety: Current trends in theory and research, New York: Academic Press, Vol.2.

١٧ - راجع لتفصيل ذلك: سيلبرجر وزملائه (١٩٩٢) دليل تعليمات قائمة القلق: الحالة والسمة. تعريف وإعداد: أحمد محمد عبدالحالق، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ط ٢.

١٨ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٤، ص ٥٦٢.

١٩ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٣، ص ٨٥٧.

٢٠ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١٥، ص ١٣٦.

٢١ - راجع :

Epstein, S. (1967) Toward a unified theory of anxiety. In B.A. Maher (Ed.) Progress in experimental personality research. New York: Academic Press, pp. 1-89 (p.32).

٢٢ - انظر هامش رقم ١٠، ص ١٠٨.

٢٣ - انظر هامش رقم ٣، ص ٨٥٨.

٢٤ - المرجع والموضع نفسه Loc. Cit.

٢٥ - انظر :

Spielberger, C.D.(Ed.) (1972) Anxiety: Current trends in theory and research. New York: Academic Press, Vol.2., p.491f.

٢٦ - راجع :

Fisher, W.F.(1970) Theories of anxiety. New York: Harper & Row.

٢٧ . انظر :

Kessen, W. & Mandler, G. (1969) Anxiety, pain and the inhibition of distress. In D. Rosenhan & P. London (Eds.) Theory and research in abnormal psychology. New York: HRW (pp.67-9).

٢٨ . I bid .

٢٩ . انظر :

Malmo, R.B. (1975) On emotions, needs and our archaic brain. New York: HRW.

٣٠ . I bid .

٣١ . العتبة المطلقة Absolute Threshold في السيوفيزياء هي النقطة التي تفصل بين الاحساس بالنبه وعدم الاحساس به . وتعني العتبة المنخفضة التي تميز مريض القلق أن حساسيته فائقة لطائفة عريضة من المنبهات بما يرفع من مستوى التشيط لديه .

٣٢ . راجع :

Cattell, R.B. (1967) The scientific analysis of personality. Middlesex: Penguin, p. 114.

٣٣ . انظر :

Brauch, C.H.H. (1968) Aspects of anxiety. Philadelphia: Lippincott, p.9.

٣٤ . راجع :

Boring, E.G., Langfeld, H.S. & Weld, H.P (Eds.) (1962) Foundations of psychology. New York : Wiley, p.109.

٣٥ . راجع :

Grinker, R.R.(1966) The psychosomatic aspects of anxiety. In C.D
Spielberger (Ed.) Anxiety and behavior New York: Academic Press. pp.
129-142.

٣٦. انظر النتائج القيمة الواردة في:

عبدالحليم محمود انسيد (١٩٧١) الابداع والشخصية: دراسة
سبكلوجية. القاهرة: دار المعارف.

٣٧. على الرغم من أن هذا المرض البسيط لقانون "بيركز - دودسون"
يسحب على حالات معينة، فإن التجارب التالية يثبت أن ذلك لا ينطبق
على كل أنواع الأداء.

٣٨. يذكرنا ذلك بقول أديب عربي: «إن الخطوات التي يتنا وبين النهر،
هي التي تلهينا فيها سياط انظماً، أما إذا وصلنا، فنكون قد ارتويتنا».

٣٩. انظر:

Cattell, R.B. (1966) Anxiety and motivation: Theory and crucial
experiments. In C.D. Spielberger (Ed.) Anxiety and behavior. New
York: Academic Press, pp. 23-62 (p.45f).

٤٠. راجع تفصيل هذه التجارب في:

Spielberger, C.D.(1966) The effects of anxiety on complex learning and
academic achievement. In C.D. Spielberger (Ed.) Anxiety and behavior.
New York: Academic Press, pp.361-398.

٤١. انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٣، ص ٨٥٧.

٤٢. راجع المرجع الوارد في هامش رقم ٣٩، ص ٤٤ - ٤٥.

٤٣. راجع نتائج هذه الدراسات الحضارية المقارنة في:

Cattell, R.B. & Scheier, I.H. (1961) The meaning and measurement of
neuroticism and anxiety. New York: Ronald (p.122).

٤٤. انظر نتائج هذه السلسلة من الدراسات في المراجع الآتية

- أحمد محمد عبدالحالز، أحمد حيرى حافظ (١٩٨٦) حالة القلق وسمة القلق لدى عينات سعودية دهانية وعصائية مجلة كلية الآداب، جامعة الاسكندرية، ٣٤، ١٨١، ١٩٨.
- أحمد محمد عبدالحالز، أحمد حيرى حافظ (١٩٨٨) حالة القلق وسمة القلق لدى عينات من المملكة العربية السعودية مجلة العلوم الاجتماعية، ١٦، ١٨١، ١٦٩.

Abdel-Khalek, A.M. (1989) The development and validation of an Arabic form of the STAI Egyptian results Personality & Individual Differences, 10, 277-285

Abdel-Khalek, A M & Omar, M M (1988) Death anxiety, state, and trait anxiety in Kuwaitian samples Psychological Reports, 63, 715-718

وانظر أيضا الهامش رقم ١٧

- ٤٥. راجع المرجع الوارد في هامش رقم ٣٩، ص ٤٤.
- ٤٦. انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٣، ص ٨٦١.
- ٤٧. راجع:

Mayer-Gross, W. Slater, E & Roth M (1960) Clinical psychiatry London Cassell (p.127).

٤٨. انظر هامش رقم ٣

- ٤٩. راجع دافيد شيهان (١٩٨٨) مرض القلق ترجمه عرب شعلان مراجعة أحمد عبد الكريم سامه الكويت عالم المعرفة (ص ٢٠)
- ٥٠. انظر

Goldberg, R.J. (1982) Anxiety: A guide to biobehavioral diagnosis and therapy for physicians and mental health clinicians. New York: Medical Examination Pub. Co. (p.2).

٥١ . راجع هذه الإحصاءات في :

Okasha, A., Kamel, M. , Sadek, A Lotaif, F.(1977) Psychiatric morbidity among university students in Egypt. British Journal of Psychiatry, 131, 149-154.

٥٢ . انظر هامش رقم ٥٠ ، ص ص ٢ - ٣٠ .

٥٣ . راجع :

Castell,R., Biener, A., Artner, K. & Dilling, H.(1981) Psychiatric disorders and behavior problems: Prevalence and treatment services. Zeitschrift- fur Kinder-und Jugend-psychiatrie, 9, 115-125.

٥٤ . انظر :

Welding, G. (1977) The prevalence of behavior problems in preschool children. Zeitschrift- fur Kinder-und Jugend-psychiatrie, 5, 299-316.

٥٥ . راجع :

Schuckit, M. (1982) Prevalence of affective disorder in a sample of young men. American Journal of Psychiatry, 139, 1431-1436.

٥٦ . انظر :

Az, A. (1964) The physiological differentiation between fear and anger in humans. In M.T. Mednick & S.A.Mednick (Eds.) Research in personality. New York : HRW. (pp.273-285).

٥٧ . انظر هامش رقم ٤٧ ، ص ١٢٧ .

٥٨ . انظر هامش رقم ٣٣ ص ص ١٠ - ١١ .

٥٩. انظر هامش رقم ٢٩.

٦٠. راجع :

Malmo, R.B. (1966) Studies of anxiety: Some clinical origins of the activation concept. In C.D. Spielberger (Ed.) *Anxiety and behavior*, New York: Academic Press, pp.157-177.

٦١. *ibid*.

٦٢. انظر هامش رقم ٤٧، ص ١٢٧.

٦٣. راجع :

Lader, M.H. & Wing, L. (1966) *Physiological measures, sedative drugs and morbid anxiety*. London: Oxford Univ. Press (Maudsley Monograph No.14) (p.10).

٦٤. انظر هامش رقم ١٠، ص ١٥١.

٦٥. النورسثينيا Neurasthynia مصطلح قديم يشير الى مجموعة أعراض عصبية تضم الحور والتعب والارهاق ونضوب الطاقة ونقص المبادأة مع تناقص التركيز.

٦٦. انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٩، ص ص ٦٤ - ٥٠.

٦٧. انظر هامش رقم ٤٧، ص ص ١٢٨ - ٩.

٦٨. انظر هامش رقم ٣، ص ٨٦٦.

٦٩. انظر هامش رقم ٩، ص ص ٦٦ - ٧.

٧٠. ساء «روبرت مالمو» وزملاؤه وضع هذا المصطلح عام ١٩٥٠، انظر :

Malmo, R.B. Shagass, C. & Davis, F.H. (1950) *Symptom specificity and*

bodily reactions during psychiatric interview. *Psychosomatic Medicine*, 12, 362-376.

٧١ - انظر لتفصيل القول عن أسس استخبارات الشخصية من ناحيتين النظرية والعملية: أحمد محمد عبدالحالقي (١٩٩٣) استخبارات الشخصية. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ط ٢.

٧٢ - انظر المرجع نفسه، الفصل التاسع عشر.

٧٣ - راجع:

Eysenck, H.J. & Rachman, S. (1965) The causes and cures of neurosis. London: RKP (p.62).

٧٤ - انظر المرجع الأول في هامش رقم ٢، ص ١٩٧.

٧٥ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٤٣، ص ٢٠٨.

٧٦ - I bid

٧٧ - انظر:

Cattell, R.B.(1971) The nature and measurement of anxiety. Contemporary psychology from Scientific America, San Francisco: Foeman.

٧٨ - I bid

٧٩ - انظر هامش رقم ٦٣، ص ٢٦٠.

٨٠ - انظر هامش رقم ٤٧، ص ١٢٦.

٨١ - انظر هامش رقم ٦٣، ص ٦ - ٧.

٨٢ - I bid

٨٣ - يعرض هذا الكتاب لأجزاء من رسالتي الدكتوراه في الطب النفسى لهذين المؤلفين.

٨٤ . I bid . p . 79 f .

٨٥ . انظر هامش رقم ٤٧ ، ص ١٢٦ .

٨٦ . انظر هامش رقم ٦٣ ، ص ٦ .

٨٧ . انظر هامش رقم ٣٩ ، ص ٤١ .

٨٨ . انظر هامش رقم ٦٣ ، ص ص ٥ - ٦ .

٨٩ . انظر هامش رقم ٤٧ ، ص ١٢٦ .

٩٠ . ذكرت هيئة الصحة العالمية WHO عن العلاج الكيميائي Chemotherapy أن أية مادة تدخل الجسم وتؤدي إلى تعديل وظائفه، فإنها تسمى عقارا Drug . انظر: كولز (١٩٩٢) المدخل إلى علم النفس المرضى الاكلينيكي . ترجمة: عبدالغفار الدماطي، ماجدة حامد، حسن عل حسن . مراجعة: أحمد محمد عبدالحالقي، الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية، ص ٤٨٣ .

٩١ . الكبت Repression استبعاد مادة ما مثيرة للقلق كالدوافع والانفعالات والأفكار الشعورية المؤلمة والمخيفة والمخزية، وطردها الى حيز اللاشعور . انظر: أحمد محمد عبدالحالقي (١٩٩٣) أصول الصحة النفسية . الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ط ٢ ، ص ٢٤٧ .

٩٢ . انظر: كولز (١٩٩٢) هامش رقم ٩٠ ، ص ٥٢٣ .

٩٣ . انظر هامش رقم ٧٣ ، ص ١٢ .

٩٤ . انظر : كولز (١٩٩٢) هامش رقم ٩٠ ، ص ٥٥٤ .

٩٥ . راجع المرجع في هامش رقم ٩٠ ، ص ص ٥٥٥ - ٦ .

٩٦ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١١، ص ٣٢.

٩٧ - هذه هي طريقة «ميدونا» Meduna «المساء» Carbon Dioxide - Oxygen Therapy.

٩٨ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١١، ص ٧١.

٩٩ - انظر: أحمد محمد عبدالحالقي (١٩٧٧) كراسة تعليمات قائمة ويلوي للميل المعصاي. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

١٠٠ - راجع: وولي، لانج (١٩٨٤) كراسة تعليمات قائمة مسح المخاوف. إعداد وتعريب: أحمد محمد عبدالحالقي، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

١٠١ - انظر المراجع الثلاثة الآتية:

- بانرسون (١٩٨١) نظريات الإرشاد والعلاج النفسى. ترجمة: حامد عبدالعزيز الفقى. الكويت: دار القلم.

- سوين (١٩٧٩) علم الأمراض النفسية والعقلية. ترجمة: أحمد عبدالعزيز سلامة، القاهرة: دار النهضة العربية.

- كاشدان (١٩٨٤) علم نفس الشواذ. ترجمة: أحمد عبدالعزيز سلامة، مراجعة: محمد عثمان نجاتي، القاهرة: دار الشروق.

١٠٢ - راجع:

Kaluger, G. & Kaluger, M. (1979) Human development: The span of life. St. Louis: Mosby Comp., 2nd ed., p.5.

١٠٣ - انظر

- Goldenson, R. (Ed.) (1984) Longman dictionary of psychology and psychiatry. New York: Longman, p.217.

- Hurlock, E. (1968) Developmental psychology. New York: McGraw-Hill, 3rd ed., p.5.

١٠٤ - راجع :

Chiriboga, D.A.(1977) Personality in adults and aged. In B.B. Wolman (Ed.) International encyclopaedia of psychiatry, psychoanalysis and neurology. New York, Vol.8, pp.291-295.

١٠٥ - انظر :

فرج عبدالقادر طه (١٩٨٨) المجلد في علم النفس والشخصية والأمراض النفسية. القاهرة: الدار الفنية للنشر والتوزيع، ص ٩٨.

١٠٦ - Op. Cit. , P. 292 .

١٠٧ - نفضل في هذا السياق ترجمة مصطلح Development بالتطور وليس بالارتقاء، ذلك أن مصطلح ارتقاء يمكن أن يتضمن - أكثر من مصطلح التطور - معنى تقييمي Evaluative موجبا ومفضلا، فيكون ارتقاء الفلق أمرا مرغوبا، وكذلك الحال في ارتقاء العدوان فيكون مطلوبا ... وهكذا.

١٠٨ - راجع :

Saarni, C. & Azara, V. (1980) Anxiety (developmental) In R.H. Woody (Ed.) Encyclopaedia of clinical assessment. San Francisco: JosseyBass. pp. 575-587.

١٠٩ - I bid .

١١٠ - I bid .

١١١ - I bid .

١١٢ - انظر هامش رقم ٣، ص ٨٦٣.

١١٣ - انظر هامش رقم ٢٩، ص ص ٤٣ - ٤.

١١٤ - انظر هامش رقم ٣ ص ٨٦٤.

١١٥ - انظر مثالا لهذه الدراسات العربية فيما يلي:

- أ - السيد محمد عبدالغنى (١٩٩١) الأبعاد الأساسية للشخصية : دراسة في النمو. رسالة ماجستير (غير منشورة) تحت إشراف أحمد محمد عبدالحالقي، كلية الآداب، جامعة الاسكندرية.
- ب - نبوة عبد العزيز شاهين (١٩٩١) الأبعاد الأساسية لشخصية الأطفال في مرحلة الطفولة المتوسطة (٦ - ١٢ سنة): دراسة ارتقائية. رسالة ماجستير (غير منشورة) تحت إشراف عبدالحليم عمود السيد. كلية الآداب، جامعة القاهرة.

١١٦ - انظر:

Cooper, B. & Shepherd, M. (1973) Epidemiology and abnormal psychology . In H.J. Eysenck (Ed.) Handbook of abnormal psychology. London: Pitman, 2nd ed., pp. 34-66.

١١٧ - انظر للمراجع الآتية:

- أ - عبدالفتاح محمد دويدار (١٩٨٧) دراسة عاملية ومنهجية مقارنة للقلق لدى بعض الفئات الاكلينيكية. رسالة دكتوراه (غير منشورة) كلية الآداب، جامعة الاسكندرية.
- ب - كمال إبراهيم مرسى (١٩٧٨) القلق وعلاقته بالشخصية في مرحلة المراهقة : دراسة تجريبية. القاهرة : دار النهضة العربية، ص ٨١.
- ج - المرجع الوارد في هامش رقم ١٠٤، ص ٢٩٣.

د - Johnson, C.W. (1975) Human growth and development. In: C.W. Johnson, J.R. Snibbe, & L.A. Evans (Eds.) Basic psychopathology: A programed text. New York: Spectrum, pp. 24-49.

١١٨ - انظر الفقرة (٩ - ج) في الفصل الأول. وراجع أيضا:

- Ahlen, L.H. (1962) The relationship of classroom climate to teachers knowledge of pupils, sociometric status, manifest anxiety, ability, and socio-economic status. *Dissertation Abstracts International*, 23 (5), 2412 - 2414.
- Cattell, R.B. & Scheier, I.H. (1975) The definition and measurement of anxiety as a trait in the 12-17 year range. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 115-181.
- Semmanova, M.A. (1974) A view of anxiety of children of 13-15 years age. *Psychological Abstracts*, 15 (2), 1391.

١١٩ - ارجع الى هـ الدراسة كاملة في : أحمد محمد عبدالحالقي، مائة أحمد انيال (١٩٩٠) القلق لدى مجموعات عمرية مختلفة من الأطفال. بحث ألقى في المؤتمر الدولي للطفولة في الاسلام، قسم علم النفس، كلية الدراسات الإنسانية، جامعة الأزهر، في المدة من ٩ - ١٢ أكتوبر ١٩٩٠.

١٢٠ - انظر: أحمد محمد عبدالحالقي، مائة أحمد النيال (١٩٩١) بناء مقياس قلق الأطفال وعلاقته ببعدي الانسباط والمصاية. مجلة علم النفس، ١٩/٢٨، ٤٥.

١٢١ - راجع:

Spielberger, C.D., Edwards, C.D., Lushene, R.E., Montouri, J. & Platzek, D. (1973) Preliminary Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children. CA.Palo Alto : Consulting Psychologists.

١٢٢ - انظر : عبدالرقيب أحمد البحيري (١٩٨٢) اختبار القلق الحالة - السمة للأطفال. القاهرة: دار المعارف.

١٢٣ - هذه النقطة قيمة بالدراسة في بحث مستقل.

١٢٤ - راجع : أحمد محمد عبدالحال، مائة أحمد النبال (١٩٩٢) سن البلوغ وعلاقته بأبعاد الشخصية لدى الفتيات. المجلة المصرية للدراسات النفسية،

١٢٥ - انظر : يسرية بدوي، ناهد كامل، أحمد عبدالحال، محمد تقى جعفر، سهام راشد (١٩٨١) سن البلوغ لدى الفتيات وعلاقته بالشخصية. في: أحمد محمد عبدالحال (محرر) بحوث في السلوك والشخصية، الاسكندرية: دار المعارف، ١، ٥٧، ٦٥.

١٢٦ - راجع : أحمد محمد عبدالحال، مائة أحمد النبال (١٩٩١) سن البلوغ وعلاقته بأبعاد الشخصية لدى الفتيات. دراسات نفسية، ١ (٣)، ٤٣٩-٤٥٨.

١٢٧ - انظر:

أ - المرجع الوارد في هامش رقم ١٧.

ب - المرجع الأول في هامش رقم ٤٤.

ج - المرجع الأول في هامش رقم ١١٧.

١٢٨ - انظر : حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٧) علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة). القاهرة : عالم الكتب، ط ٤.

١٢٩ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١٢٥.

١٣٠ - راجع : ريتشارد لن (١٩٩٠) مقدمة لدراسة الشخصية. ترجمة: أحمد محمد عبدالحال، مائة أحمد النبال، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

١٣١ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١٢٨. وكذلك:

- فزاد البهى السيد (١٩٧٥) الأسس النفسية للنمو: من الطفولة للشيخوخة. القاهرة : دار الفكر العربى، ط ٤.

١٣٢ - ارجع إلى هذه الدراسة كاملة في: أحمد محمد عبدالحالقي، عبدالفتاح محمد دويدار، مائة أحمد النبال. عادل شكرى محمد كريم، السيد محمد عبدالغنى (١٩٨٩) الفروق في الفلز والاكتئاب بين مجموعات عمرية مختلفة من الجنسين. بحوث المؤتمر الخامس لعلم النفس في مصر. القاهرة: الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ص ص ٩٨ - ١١٣.

١٣٣ - انظر المرجع الوارد في الهامش رقم ١٧.

١٣٤ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١٧.

١٣٥ - انظر المراجع الواردة في هامش رقم ٤٤.

١٣٦ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٣٩.

١٣٧ - راجع:

Eisdorfer, C., Cohen, D. & Keckick, W. (1981) Depression and anxiety in the cognitively impaired aged. In D. F. Klein & J.G. Rabkin (Eds.) Anxiety: New research and changing concepts. New York: Raven Press, pp. 425-429.

١٣٨ - انظر المرجع الأول الوارد في هامش رقم ١١٨.

١٣٩ - انظر المرجع الثالث الوارد في هامش رقم ١١٨.

١٤٠ - انظر المرجع الثانى الوارد في هامش رقم ١١٨.

١٤١ - انظر: عبدالفتاح محمد دويدار (١٩٨٤) مفهوم الذات لدى خريجي المدارس الثانوية الرسمية والأجنبية وعلاقته باتجاهاتهم نحو التخصص الدراسى والمهنة والزواج. رسالة ماجستير (غير منشورة) كلية الآداب، جامعة الاسكندرية، ص ١٧٩.

١٤٢ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١٣٧.

١٤٣ - راجع:

Shaffer, D.R.(1989) Developmental psychology. Childhood and adolescence. California: Brooks - Cole. p.167

١٤٤ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١٣٠ ، ص ٤٤ .

١٤٥ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٣٩ .

١٤٦ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١٣٠ ، ص ص ٤٤ - ٥ .

١٤٧ - انظر للتفصيل المرجع الوارد في هامش ١٣٢ .

١٤٨ - انظر المرجع الوارد في هامش ١٣٠ ، ص ص ٢١ - ٤ .

١٤٩ - انظر المرجع الوارد في هامش ١٣٠ ، ص ص ٤٢ - ٣ .

١٥٠ - المرجع والموضع نفسه .

تم بحمدہ تعالیٰ

